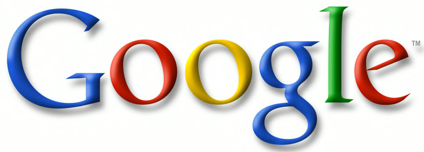
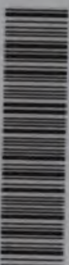




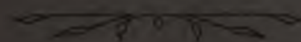

LANE
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885
MEDICAL
LIBRARY



C. SIGAUD et LÉON VINCENT
de Lyon

Les Origines de la Maladie

MÉTHODE D'OBSERVATION CLINIQUE



A. MALOINE, ÉDITEUR

PARIS — 23, rue de l'École-de-Médecine | LYON — 9, rue de la Charité

1908



Les Origines
de la Maladie.



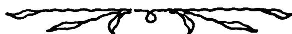
Les Origines de la Maladie.

LYON. — IMP. EMMANUEL VITTE, RUE DE LA QUARANTAINE, 18.

Claude 1862-1921
C. SIGAUD et Léon VINCENT
de Lyon

Les Origines de la Maladie

MÉTHODE D'OBSERVATION CLINIQUE



A. MALOINE, ÉDITEUR

PARIS
25, rue de l'Ecole-de-Médecine

LYON
9, rue de la Charité

1906

PRÉFACE

La salle d'hôpital et l'amphithéâtre nous montrent comment la maladie *finit.*

Nous avons eu la curiosité de savoir comment elle *débute.*

Pour cela, nous avons dû étudier l'*homme en évolution dans son milieu naturel.* Cette étude est devenue possible et féconde grâce aux données positives sans nombre que nous vaut l'application d'un nouveau procédé d'analyse clinique, *le procédé de l'exploration externe du tube digestif.*

Si l'on en croit la médecine contemporaine, la maladie nous vient *du dehors*, et l'organisme humain passe au second plan, quand il n'est pas quantité négligeable.

Conception fausse, source d'erreurs, à notre sens.

Avant de chercher *autour* de nous, regardons *en* nous : là se trouve la raison dernière de nos défaillances comme de nos résistances vitales.

Ce petit livre n'est d'ailleurs qu'une *esquisse*, destinée à préparer la voie à une publication plus importante (1), où seront exposés tous les faits qu'englobe et coordonne notre méthode d'observation clinique.

Lyon, le 20 mars 1906.

C. S. L. V.

(1) Tome second (en préparation) du *Traité clinique de la digestion*, par le Dr Sigaud.

CHAPITRE PREMIER

L'observation en Clinique. — Considérations générales sur l'Evolution individuelle de l'homme.

I. L'observation en Clinique.

Sommaire. — La Clinique a pour objet non pas seulement les épisodes morbides, mais la vie entière de l'homme. — Insuffisance et obscurité des observations prises d'après la méthode classique.— Nécessité de la connaissance de l'évolution individuelle de l'homme. — La distinction de l'état physiologique et de l'état pathologique, fondée en théorie, n'est pas justifiée par la pratique. — Les prétendus *états de santé* ne sont que des *formes de la maladie*. — Le clinicien doit considérer tous les faits biologiques comme des états réactionnels dont la nature est fondamentalement la même. — L'évolution de l'homme, base de l'observation clinique, ne peut être connue que par la méthode clinique. — Valeur du procédé de l'Exploration externe du tube digestif.

On définit généralement la Clinique la science de l'organisme malade. Si l'on s'en rapporte à cette définition, la Clinique a un objet nettement

déterminé, à savoir l'étude des périodes de la vie de l'individu pendant lesquelles l'apparition de troubles soit fonctionnels, soit accompagnés de lésions organiques, vient traduire la rupture de l'équilibre *physiologique*.

Cette conception n'est pas exacte. L'observation la plus élémentaire montre, en effet, que la forme et les caractères d'un état morbide sont en quelque sorte subordonnés à la forme et aux caractères de l'état organique qui a précédé l'apparition de cet état morbide. C'est une loi que les faits, de quelque nature qu'ils soient, physiques ou moraux, *sortent* les uns des autres, chacun d'eux portant l'empreinte du précédent et préparant celui qui doit le suivre. Rien ne *naît* au sens absolu du mot : le présent s'explique par le passé et contient en germe l'avenir.

La connaissance d'un état morbide implique donc la connaissance de l'état *physiologique* antérieur. L'observation d'un malade doit se présenter comme une succession de faits s'enchaînant les uns aux autres et formant finalement un tout rendu homogène par l'idée générale qui s'en dégage spontanément. Il faut bien reconnaître

que les observations prises d'après la méthode classique ne répondent pas toujours à ce postulat légitime de l'expérience et de la raison. Elles sont, à notre point de vue, généralement incomplètes, il est rarement possible d'en tirer tout le profit que l'on serait en droit d'en espérer.

Les unes nous montrent une affection organique du foie, de l'estomac ou des reins, survenant inopinément *en pleine santé*, interrompant brutalement une évolution jusque-là régulière. N'est-il pas étrange que l'on n'ait rien trouvé à relever dans le passé d'un malade atteint d'une lésion viscérale grave ? En présence d'un problème aussi complexe on fait appel à *une cause*, l'alcoolisme, par exemple, dont l'action lente et prolongée a provoqué peu à peu des désordres irréparables, et l'on se déclare satisfait. La vérité est que le problème subsiste dans son entier. Comment expliquerons-nous toutes les formes de la maladie, toutes les variétés de début et de gravité que nous lui voyons revêtir ? Pourquoi, par exemple, la cirrhose du foie se manifeste-t-elle à trente ans chez tel individu, chez tel autre à soixante ? Pourquoi l'alcool affecte-t-il d'une façon prépondé-

rante, chez l'un le cerveau, chez un autre le foie, chez un troisième le tube digestif? Pourquoi, d'autre part, cette prétendue cause reste-t-elle si souvent sans effet? Pourquoi voit-on des alcooliques invétérés mourir de vieillesse ou succomber accidentellement à un âge avancé? etc.

En réalité l'alcoolisme est un élément contingent, dont on ne pourra apprécier la véritable part d'influence que dans le cas seulement où l'on aura déterminé un certain nombre d'autres conditions, celles-ci plus importantes, d'ordre non plus extrinsèque pour ainsi dire, mais d'ordre vital, car elles ont leur raison dernière dans la forme du mouvement vital de l'individu. Ces conditions sont le plus souvent soulignées par des faits positifs, de nature objective ou subjective, de constatation presque toujours facile, que les observations devraient nous signaler et qu'elles passent sous silence. C'est ainsi que des observations prises d'une façon réellement méthodique nous montreraient, chez les divers individus soumis à l'influence de l'alcool, des courbes évolutives ne présentant ni les mêmes accidents, ni les mêmes caractères; elles nous révéleraient que ces

individus appartiennent à des types organiques différents. C'est ainsi, par exemple, que l'homme gras ne réagit pas de la même façon que l'homme maigre sous l'influence de l'alcool ; que les effets de l'alcool varient chez un même individu avec les différentes phases de sa vie, etc... Les anamnestiques enfin nous signaleraient toute une série de variations morphologiques dont l'examen du ventre permet le plus souvent de retrouver les stigmates indélébiles.

A côté de ces cas, où le passé du malade, pour n'avoir pas été méthodiquement étudié, ne fournit aucun enseignement, il en est d'autres où les observateurs se sont plu à relever avec soin de nombreux incidents morbides échelonnés au cours de l'existence du sujet. Mais sous cette richesse de détails se cache une insuffisance réelle de l'esprit d'observation. Ces incidents, aucun lien logique ou naturel ne les relie les uns aux autres et avec les périodes intercalaires de santé normale. Survenus inopinément, ils ont disparu de même ; on peut sans inconvénient n'en pas tenir compte, car ils ne projettent aucune lueur sur l'ensemble de la vie du malade.

Parfois cependant l'observateur semble serrer les faits de plus près. Il croit saisir entre deux phénomènes morbides un lien de causalité véritable et bien propre à entraîner la conviction ; il rattache, par exemple, une albuminurie de l'adulte à une maladie infectieuse de l'enfance et conclut à une sorte d'entité évolutive dont il pense tenir tous les éléments. Mais cette conception, à supposer qu'elle ne repose pas sur une induction téméraire, n'a pas un caractère rigoureusement scientifique.

Il y aurait lieu d'abord de se demander pourquoi la maladie infectieuse a revêtu un état de gravité telle qu'elle a laissé des traces indélébiles de son passage. Invoquer la virulence de l'agent infectieux est une simple hypothèse, à laquelle son caractère rétrospectif enlève encore de la valeur. La virulence est, du reste, un élément dont la relativité a été maintes fois dénoncée par l'expérience. La cause véritable de la gravité de l'infection, ou plutôt le groupe de conditions nécessaires, — cet ensemble de conditions que nous voyons présider à la genèse des phénomènes les plus simples en apparence, — nous le trouve-

rons dans l'état biologique antérieur du malade. Il est certain qu'il y a toute une catégorie d'individus chez lesquels les maladies infectieuses revêtent une allure grave. La connaissance de l'Evolution nous permettra un jour de les reconnaître, alors même qu'ils semblent jouir de la plénitude de leurs forces vitales, et de les différencier nettement de ceux qui se jouent des microbes et de leurs produits toxiques.

Si nous voulions poursuivre l'étude du problème, nous aurions à rechercher les causes des formes cliniques de l'albuminurie. Pourquoi, dans certains cas, les signes morbides ne se manifestent-ils qu'après une période de plusieurs années pendant lesquelles la lésion organique est restée silencieuse, alors que nous les voyons d'autres fois suivre de si près la maladie infectieuse qu'ils semblent en être la continuation ? Pourquoi la maladie revêt-elle un caractère de gravité si variable, tantôt enlevant le malade en quelques semaines, tantôt se poursuivant pendant des années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ?

Certes, les hypothèses ne manquent pas. On

invoquera, par exemple, le « terrain ». Mais cette explication cache une pétition de principes. C'est le « terrain » qui fait la gravité de la maladie ; mais n'est-ce pas d'après la gravité de la maladie que l'on juge ordinairement de la nature du « terrain » ? Lorsqu'on se place en face des faits tels qu'ils sont réellement, dépouillés de la gangue dont les théories scientifiques les ont enveloppés, on ne peut pas ne pas reconnaître que ces faits ne comportent d'interprétation vraie que la seule interprétation basée sur L'ÉVOLUTION du malade, c'est-à-dire sur la connaissance des faits biologiques normaux ou anormaux qui se sont déroulés depuis sa naissance jusqu'à la maladie infectieuse, et depuis celle-ci jusqu'à l'apparition des symptômes caractéristiques de la maladie rénale.

La Clinique embrasse donc la *vie entière* de l'homme. Le clinicien ne doit pas se limiter, sciemment ou inconsciemment, à l'étude des épisodes morbides proprement dits. Il doit pénétrer dans la connaissance de ces phases où les phénomènes de la vie semblent se dérouler dans une évolution silencieuse ; il doit savoir comment ces phases s'enchainent les unes aux autres

et quels caractères sont propres à chacune d'elles ; il doit en un mot, — nous le répétons encore, et nous ne saurions trop le répéter, — étudier l'ÉVOLUTION DE L'INDIVIDU.

Pour une semblable étude, il ne faut pas songer à utiliser les seules données de la physiologie générale, comme on pourrait le croire. L'évolution de l'homme peut être connue cliniquement, et ne peut l'être que cliniquement, c'est-à-dire par la méthode et par les procédés spéciaux à la science clinique. La tâche présente quelques difficultés, mais elle n'est pas impraticable. L'un de nous, dans un article récent de la *Revue scientifique* (1), a posé les premiers jalons d'une étude de l'évolution individuelle de l'homme ; nous y reviendrons dans un instant.

Il importe tout d'abord de se prémunir contre une opinion vulgaire qui tend à passer dans le domaine scientifique. En effet, on considère volontiers dans l'existence de l'individu deux états

(1) Essai d'interprétation de l'évolution individuelle de l'homme par la morphologie abdominale. (SIGAUD, *Revue scientifique*, 18 juin 1904.)

distincts : l'un pendant lequel les phénomènes de la vie se déroulent dans toute leur intégrité, suivant un idéal entrevu par les physiologistes ; l'autre caractérisé par une rupture de l'équilibre des fonctions et l'apparition de troubles morbides.

Mais cette distinction de l'état physiologique et de l'état pathologique, fondée en théorie, est-elle justifiée par la pratique ? Existe-t-il d'une part un état de santé, d'autre part des états de maladie ? Il serait puéril d'insister. L'opposition, que l'on établit vulgairement entre l'homme bien portant et l'homme malade, n'est qu'une simple vue de l'esprit. Dans les conditions sociales actuelles, l'homme est une victime permanente du milieu dans lequel il vit.

Regardons autour de nous.

Combien nombreux sont les sujets dont la vie n'est qu'une longue chaine de troubles morbides enchevêtrés, constipation ou diarrhée, digestions douloureuses, migraines, bronchites ou angines, etc... sans compter toute la série des maladies infectieuses ; et, constituant le fond du tableau, faiblesse générale extrême, sensation d'amoindris-

sement vital qui fait dire au patient : « Je ne suis bon à rien ; je n'ai jamais rien valu. »

Chez d'autres, la symptomatologie subjective est moins riche et ne se manifeste qu'à des intervalles éloignés, mais au prix de soins minutieux et de précautions incessantes. Le moindre écart de régime, la plus légère infraction à une hygiène méticuleuse devient l'occasion de réactions violentes. Comme les précédents, ils accusent une faiblesse générale constante que l'exploration abdominale, à défaut de signes physiques localisés aux autres appareils, vient objectiver et justifier.

Parmi ceux dont l'exubérance vitale ne fait aucun doute ou qui, tout au moins, semblent n'être jamais touchés par la maladie, il en est peu qui ne subissent au cours de leur existence des variations morphologiques dont il importe de connaître la nature.

Les uns présentent, quelquefois à partir de la puberté, souvent dès la première enfance, un développement anormal du tissu graisseux. Fait instructif, cette adiposité coïncide toujours avec un état d'affaissement plus ou moins marqué,

parfois extrême, de la masse gastro-intestinale : chez telle jeune femme ou jeune fille, l'observateur constate avec surprise à l'exploration de l'abdomen, sous une paroi graisseuse très épaisse, une cavité abdominale rétrécie et comme vidée de ses viscères. Chez ces individus l'embonpoint va d'abord progressant, puis diminue d'une façon lente ou rapide, souvent dès la fin de la période de croissance, faisant place à un état d'amaigrissement avec lequel coïncide toujours l'accentuation des troubles subjectifs. On note dans quelques cas, au lieu de ces deux phases successives nettement différenciées, des alternatives nombreuses d'obésité et de maigreur, dont les différences atteignent parfois jusqu'à 15 ou 20 kilos.

D'autres individus, pendant toute leur période de croissance, offrent un état constant de maigreur qui peut même s'accentuer à certaines périodes où la croissance procède par poussées rapides et exagérées. Vers vingt-cinq ou trente ans environ, à cet état de maigreur succède un engraissement progressif qui se poursuit pendant un nombre variable d'années, atteint parfois un

degré extrême et s'accompagne généralement d'hypermégalie abdominale.

Le cours de cette phase de dilatation de l'organisme peut être interrompu par des oscillations très nombreuses, par des variations de poids que le malade enregistre le plus souvent, mais qui peuvent être assez peu accentuées pour passer inaperçues. Enfin, après un nombre d'années variable, cette exubérance morphologique s'arrête, entre en régression, et nous voyons l'individu revenir progressivement aux formes squelettiques de sa jeunesse.

Dans un troisième groupe, nous observons des individus qui, pendant toute leur période de croissance, offrent un *développement exagéré* et progressif de la plupart de leurs systèmes organiques. Ce sont de gros mangeurs, d'aspect vigoureux ; ils sont aptes à tous les exercices physiques et d'une force musculaire toujours au-dessus de la moyenne. Ils ont grandi lentement et régulièrement. Leur charpente osseuse fortement dessinée, leur musculature aux reliefs accusés, tout témoigne de la vigueur de leur constitution. La maladie, du reste, semble n'avoir sur eux aucune

prise. Cependant nous les voyons, dès la fin de leur croissance ou dans les premières années qui suivent l'apogée de leur développement, commencer un déclin à marche plus ou moins rapide : leurs forces vont s'amoindrissant, l'amaigrissement survient et des troubles subjectifs intermittents apparaissent.

L'observation nous apprend que toutes ces modifications morphologiques, toutes ces variations d'amplitude de l'organisme sont en rapport avec des variations dans le mode d'adaptation de la matière vivante avec les milieux qui l'environnent. Ces changements morphologiques sont l'extériorisation des phénomènes réactionnels qui se passent dans l'intimité des éléments cellulaires ; *ils traduisent les oscillations d'un équilibre biologique qui cherche à s'établir, mais qui reste toujours instable et chancelant.*

Il est enfin une catégorie peu nombreuse de sujets dont la morphologie n'offre que des variations imperceptibles. Les troubles subjectifs sont eux-mêmes difficiles à dépister. Mais l'observateur prévenu pourra toujours recueillir un faisceau de signes physiques suggestifs : varicosités

des pommettes succédant à un état congestif diffus de la face, turgescence ou empâtement du visage; infiltration graisseuse, vascularisation, tuméfaction, teinte rouillée des conjonctives oculaires; modifications de forme et de volume du ventre; affaissement, mollesse excessive ou empâtement des anses digestives; sonorité abdominale à tonalité uniforme ou zones sonores à notes franchement différenciées: tous phénomènes qui viennent témoigner d'une succession ininterrompue, d'une longue chaîne de réactions latentes, mais dont la violence réelle est nettement objectivée.

Les prétendus états de santé ne sont donc eux-mêmes que des *formes de la maladie*. C'est à l'insensibilité du sujet, à un défaut d'élasticité et de réactivité des éléments anatomiques, à la lenteur du processus (et ces trois faits ne sont que le même fait vu sous des faces différentes) qu'est due l'absence ou le peu d'accentuation des phénomènes subjectifs. Le clinicien peut bien admettre en principe et à titre d'idée directrice un équilibre type de l'organisme, une norme des lois qui régissent les rapports de cet organisme

avec les milieux extérieurs; mais il doit bien savoir que c'est là un idéal qui n'est jamais réalisé dans la nature. Pour lui, il ne doit y avoir ni état morbide, ni état physiologique, mais bien des *états réactionnels* variés et incessamment variables de la cellule organique au contact des chocs extérieurs. Ces états réactionnels se succèdent et s'enchainent, constituant la trame de l'existence de l'individu; ils sont réglés par des lois que le rôle du clinicien est précisément de dégager d'abord, d'utiliser ensuite pour marcher à la découverte de nouveaux faits et de nouveaux rapports de faits.

Avec cette large façon d'envisager les choses, le médecin voit son rôle se préciser et son domaine s'étendre. Son intervention s'élève au-dessus des banales formules d'une dangereuse pharmacopée et revêt un caractère scientifique réel. Il prend, en un mot, contact de plus près avec la nature dont il devient véritablement l'interprète.

L'étude de l'évolution de l'homme, avons-nous dit, ne peut être réalisée que par la méthode

clinique et avec le concours des procédés cliniques.

Le physiologiste, en effet, étudie les organes et leurs fonctions, les tissus et leurs propriétés, mais pris à l'état d'isolement, détachés de leurs connexions naturelles avec les autres organes et tissus de l'économie, et par l'intermédiaire des procédés artificiels des laboratoires. Aussi les données fournies par la science expérimentale de l'être vivant gardent-elles un caractère théorique et abstrait, inhérent à la méthode dont elles dérivent. Ces données ne peuvent être utilisées en biologie humaine que sous leurs formes les plus générales et avec la plus grande circonspection.

La Clinique, au contraire, a pour objet l'homme *vivant*, c'est-à-dire subissant l'action des excitations qui lui viennent du monde extérieur et réagissant au contact de ces excitations. La Clinique étudie la vie dans toute la *complexité* et toute la *simultanéité* de son fonctionnement, au sein même des conditions qui en favorisent, en déforment ou en entravent les manifestations.

Les nombreux procédés actuellement en usage

facilitent la tâche du clinicien. Cette tâche revêtira un caractère plus scientifique et s'éclairera singulièrement, lorsque le procédé d'exploration, que nous avons exposé dans une série de publications déjà nombreuses, sera mieux connu et systématiquement employé. Nous voulons parler du procédé de l'*Exploration externe du tube digestif* par la Palpation, l'Inspection, la Percussion. Il n'existe pas de procédé classique pour l'exploration externe de l'appareil de la digestion ; on peut même dire, qu'alors que l'examen du cœur, du poumon, du système nerveux se pratique méthodiquement et d'une façon minutieuse, l'investigation des organes digestifs est presque systématiquement mise de côté. N'est-il pas évident cependant que l'on ne saurait, sans porter préjudice à l'observation scientifique, négliger l'examen d'un des appareils les plus importants de l'économie ? L'énumération des signes abdominaux ne fournit-elle pas un complément indispensable au tableau clinique de l'organisme humain ?

Nous ne saurions trop affirmer que l'Exploration méthodique de l'appareil digestif est pour le biologiste une source de faits inépuisable.

Quelles variétés d'enseignements, quelle précision dans l'observation ne devons-nous pas attendre d'un procédé à la perfection duquel nous voyons concourir les données fournies presque simultanément par l'ouie, la vue et le toucher ? Ajouterons-nous qu'en raison de la nature spéciale, *cavitaire*, de son tissu, le tube digestif se modifie dans sa forme, dans sa densité, dans sa consistance, sous les influences les plus légères et les plus fugitives? Alors que chez un malade nous ne trouvons aucune modification du côté des appareils circulatoire, pulmonaire, nerveux ou rénal, nous constatons toujours des signes positifs du côté de la sphère gastro-intestinale. Les oscillations vitales que les autres appareils organiques sont impuissants à objectiver, le tube digestif les enregistre avec une fidélité remarquable et une variété de nuances que l'on n'a point soupçonnée jusqu'ici. Et toutes les modifications de forme et de volume, d'élasticité et de rénitence du tissu abdominal, toutes les variations de sonorité des tuniques digestives ne sauraient être considérées comme des faits de valeur médiocre ou inutilisable. Elles portent en elles-mêmes un

double enseignement : elles traduisent, d'une part, les diverses modalités fonctionnelles du tube digestif, d'autre part, en vertu d'une loi sur laquelle nous allons revenir, l'orientation générale des réactions de l'organisme correspondant à ces modalités digestives.

Par la nature même nettement déterminée de l'objet de ses recherches, par sa méthode d'observation, par ses procédés bien spéciaux, dont l'un des plus importants, l'*Exploration externe du tube digestif*, nous permet de surprendre, pour ainsi dire, dans leurs variations les plus intéressantes, toutes les manifestations de la vie, la Clinique se présente et s'impose comme une science autonome. Elle se place au centre du groupe des sciences biologiques, dont elle peut bien assimiler et utiliser les données générales, mais dont aucune ne peut prétendre à la suppléer. A vrai dire elle constitue réellement la Biologie humaine, la science de la vie de l'homme. Toute étude concernant l'homme, quel que soit son objet, ne peut espérer se passer de ses lumières; toute théorie visant l'éducation de l'enfant, le rôle et la destinée de l'homme dans la nature et dans

la société ne peut avoir de fondement solide sans la connaissance préalable des lois qui président aux manifestations de la vie, aux formes évolutives de l'être humain.

II. Considérations générales sur l'évolution individuelle de l'homme.

SOMMAIRE. — Il faut étudier l'organisme *vivant* et fonctionnant dans son milieu naturel. — L'organisme forme un tout dont les différentes parties sont solidaires les unes des autres. — *Loi de la synergie fonctionnelle.* — Rapports de l'être et des milieux — Quatre formes distinctes du milieu extérieur : milieu physique, milieu social, milieu alimentaire, milieu respiratoire. — Du rapport adéquat ou du défaut de rapport de l'être avec les milieux naît la régularité ou le trouble de l'évolution. — *Loi des milieux.* — La dyssymétrie organique, reflet de la dyssymétrie de la nature. — Quatre types organiques en rapport avec les quatre formes du milieu cosmique : musculaires, nerveux, digestifs, respiratoires. — Rôle de l'appareil prédominant, dans l'équilibre de l'organisme et dans l'évolution. — *Loi de la dyssymétrie organique* ou loi des prédominances individuelles. — Esquisse des principaux types évolutifs. — Résumé général.

La Clinique, telle que nous la concevons, nous permet donc d'acquérir une connaissance d'ensemble de l'organisme fonctionnant dans son *milieu naturel.* Lors même que le clinicien semble localiser son observation au fonctionnement d'un organe ou d'un appareil, il se garde bien d'oublier les connexions multiples qui relient cet

organe ou cet appareil aux autres organes et appareils de l'économie et qui l'entraînent avec eux dans une action commune et un fonctionnement simultané pour une même fin générale qui est le mouvement vital de l'être. Si, par exemple, il étudie la digestion, il envisagera d'une part l'action sur le tube digestif d'un aliment pris dans les conditions naturelles d'appétence ou d'inappétence et introduit par les voies physiologiques, d'autre part l'influence sur ce même tube digestif de toutes les autres conditions contemporaines, travail musculaire ou travail cérébral, repos ou fatigue physiques, et qui constituent les conditions au sein desquelles se déploie la vie sociale.

L'organisme humain forme en effet un tout dont les différentes parties sont solidaires les unes des autres et vibrent à l'unisson. L'ébranlement d'un point de l'économie détermine des phénomènes réactionnels de même orientation dans l'économie tout entière.

La multiplicité des appareils organiques chez l'individu qui a atteint son développement ne doit pas faire oublier l'homogénéité

primitive de la cellule dont il dérive. La structure de l'être va se compliquant de plus en plus au cours du processus ontogénétique; mais les éléments de plus en plus nombreux et de plus en plus différenciés qu'il enveloppe ne perdent rien du consensus réactionnel qui les unissait, sous leur forme larvaire, au sein de la cellule primitive.

Cette loi de la *synergie fonctionnelle*, que nous avons été les premiers à signaler (1), est la clef de voûte de la science clinique. Cependant cette loi fondamentale est généralement ignorée. L'esprit physiologique, esprit essentiellement analytique, règne actuellement en biologie d'une façon trop exclusive. Pour en avoir subi trop aveuglément l'influence, la médecine classique a méconnu l'unité de l'être vivant, le consensus réactionnel de tous les appareils de l'économie. Elle s'est perdue dans la description des faits particuliers, sans chercher à en dégager le fait général, la loi

(1) *Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire*, par SIGAUD (Paris, Doin, 1900). *Exploration externe du tube digestif et nouvelle méthode d'observation clinique*, par Léon VINCENT. (*Presse médicale*, 8 mars 1902).

génératrice qui les explique et les relie. Elle a créé les maladies d'organes, multiplié les entités ; elle a fragmenté à l'infini l'organisme humain ; elle a favorisé l'éclosion de la spécialisation outrancière, hier des maladies des yeux, du larynx et du nez, aujourd'hui des maladies du poumon, de l'estomac, du cœur et des reins ; et, pendant qu'elle poursuivait jusqu'à la minutie l'analyse des phénomènes morbides, elle se montrait impuissante à nous donner une synthèse de l'objet de ses recherches, une vue d'ensemble du mouvement général que les excitations du milieu ambiant impriment à la cellule humaine.

Ce mouvement, considéré dans la durée, n'est autre chose que l'*évolution*.

Nous avons montré que l'évolution constitue pour le clinicien une notion capitale qui seule peut lui permettre d'interpréter à leur juste valeur les divers incidents physiologiques d'une vie humaine et d'en suivre l'enchaînement. Les maladies aiguës graves, les affections viscérales organiques apparaissent *au déclin de l'évolution ;* elles marquent la fin de la courbe évolutive de

l'individu. Leur gravité varie suivant les types évolutifs, suivant la marche et le moment du déclin, suivant les causes qui ont préparé et provoqué l'apparition de ce déclin. Telle est la règle générale. Nous mettons évidemment à part les cas d'intoxication ou d'infection violentes, véritables traumatismes médicaux qui se rapprochent par leur origine et leur allure des maladies expérimentales. Est-il nécessaire de faire remarquer que le déclin n'affecte aucun rapport avec l'âge du malade, qu'il est des individus dont la courbe évolutive est de courte durée, et que des jeunes gens, des enfants même se présentent à l'observation avec tous les signes d'une déchéance prématurée ?

Or, comment comprendre l'évolution, comment la suivre, comment en lier les diverses phases ?

L'homme naît, grandit et se développe, décline et meurt. Mais que de variétés, que d'aspects particuliers présente cette formule générale ! Rapidité ou lenteur du développement, variations individuelles de la taille et de l'embonpoint, variations d'étendue de la courbe évolutive, prédominances

morphologiques et par conséquent prédominances évolutives localisées suivant les sujets à tel ou tel appareil organique et permettant à l'observateur de les classer, souvent au premier coup d'œil, en *digestifs*, *musculaires*, *nerveux ou respiratoires :* tels sont les éléments multiples, disparates, souvent contradictoires que le clinicien doit ramener à l'unité, à l'ordre, à un groupe de lois.

Ces lois de l'évolution sont les lois mèmes de la vie. Or, la vie, considérée cliniquement, n'est autre chose que le résultat du conflit de la matière organisée avec le milieu ambiant, ou, plus exactement, la vie est le mouvement provoqué et entretenu dans la matière organisée par les excitations issues du monde extérieur. Supprimer les excitations, c'est supprimer la vie. Modifier les excitations, c'est modifier le mouvement de la matière vivante, c'est souvent même en changer la forme. Toutes ces modifications constituent les signes physiques de l'évolution ; tous ces changements sont comme les jalons qui permettent à l'observateur de marquer les étapes de la vie de l'individu.

L'être et le *milieu* dans lequel il vit sont donc

les deux termes d'un même problème; ce sont deux données ***inséparables*** et que le biologiste ne doit pas envisager isolément. C'est ainsi, par exemple, et pour le dire en passant, que l'étude de l'aliment, telle qu'on la pratique actuellement et sans la connaissance préalable et individuelle de l'appareil digestif, ne peut être et ne sera qu'une étude stérile.

Le milieu dans lequel évolue l'homme affecte quatre formes distinctes : milieu ***physique***, qui suscite les réactions musculaires ; milieu ***atmosphérique***, d'où naissent les réactions respiratoires ; milieu *social*, auquel répondent les excitations cérébrales ; milieu *alimentaire*, source des réactions digestives. Chaque fonction s'exerce dans un milieu spécial ; chaque appareil organique a son excitant naturel. C'est du rapport adéquat ou du défaut de rapport entre les qualités réactionnelles d'un appareil donné et les propriétés excitomotrices du milieu dans lequel cet appareil puise ses excitations que naîtra la régularité ou le trouble de la fonction, et partant la régularité ou le trouble de l'évolution de cet appareil.

Fonction et évolution sont en effet deux termes

corrélatifs : la fonction n'est autre chose que l'évolution considérée dans l'espace ; l'évolution, la fonction considérée dans le temps. Mais il ne faut pas oublier qu'en raison de la *synergie réactionnelle* les troubles de l'évolution d'un appareil ont leur équivalent dans tous les autres appareils, d'où la généralisation du trouble évolutif, sous la même forme et avec la même allure, à l'organisme tout entier.

Il n'est pas de médecin qui ne puisse illustrer de nombreux exemples ces considérations générales sur les rapports de l'évolution de l'être vivant avec les milieux extérieurs. Chez l'enfant surtout les faits ont un caractère d'ampleur et de netteté bien fait pour enlever la conviction : déformation du squelette, gros ventre affaissé avec ou sans dégénérescence graisseuse, lenteur et même arrêt prolongé de la croissance, ou bien poussée exagérée de croissance avec amaigrissement extrême, tous phénomènes consécutifs, chez tel enfant, à une insuffisance quantitative ou qualitative de l'alimentation, surtout à l'abus du lait ; au travail intellectuel, chez tel autre dépourvu d'aptitudes cérébrales ; au travail manuel ou à des exercices

physiques intempestifs, chez un troisième de faible musculature. Ou bien, inversement, épanouissement de l'organisme, développement régulier et progressif de la taille et des muscles, succédant à un ralentissement de la croissance chez toute une catégorie de musculaires, lorsqu'ils passent de la vie de l'école, pour laquelle ils ne sont point faits, à la vie physique des champs ou de l'atelier, seul milieu où ils trouvent les excitations qui leur conviennent. Nous ne pouvons insister ici plus longuement sur ces faits de constatation journalière.

C'est donc dans les rapports de l'organisme avec les milieux extérieurs qu'il faut chercher l'origine de tous les modes évolutifs. C'est là une loi générale, *loi des milieux*, que nous résumerons sous cette simple formule : *L'évolution est fonction des milieux.*

Un fait attire tout d'abord l'attention, c'est la prédominance, variable suivant les individus, de tel ou tel appareil organique sur les autres appareils de l'économie, prédominance fonctionnelle ou morphologique : appareil digestif chez l'un, appareil musculaire chez un autre,

système nerveux chez un troisième, appareil respiratoire chez un quatrième. De telle sorte que l'on entrevoit immédiatement la possibilité de ramener tous les types organiques à quatre types distincts : Musculaires, Digestifs, Nerveux, Respiratoires.

Quelle est la raison d'être de ces types organiques ?

« L'observation rapide des formes nous donne déjà quelques indications positives que nous ne saurions négliger : chez l'un, l'abdomen constitue une portion renflée qui donne au corps un aspect fusiforme ; chez l'autre, une tête volumineuse surmonte un buste misérable aux membres grêles ; chez un troisième, le thorax large et bombé semble former à lui seul la totalité du tronc, absorbant en quelque sorte l'abdomen réduit dans tous ses diamètres ; enfin, chez un quatrième, ce sont les masses musculaires des membres, des épaules et de la nuque qui accaparent toute l'attention, l'exiguïté de l'extrémité céphalique faisant généralement contraste avec l'ampleur de l'encolure...

Ces faits morphologiques sont décisifs quand ils se présentent avec les caractères tranchés que

nous venons de leur assigner; mais le plus souvent cette netteté de forme est absente, et c'est l'analyse des faits fonctionnels qui dénonce la dyssymétrie morphologique. En effet, en pénétrant dans l'intimité de la fonction, nous apprenons qu'il est des systèmes ayant une phase ascensionnelle ou de croissance indéfiniment prolongée, alors que d'autres systèmes semblent s'arrêter prématurément, tant leur marche est imperceptible. On pourrait comparer l'inégalité de développement des divers systèmes anatomiques chez un même individu à l'inégalité d'évolution de la taille dans la série des individus : les uns ont leur taille définitive à quatorze ans, les autres grandissent jusqu'à vingt ans, quelques-uns même jusqu'à vingt-cinq et trente ans.

A quoi répond cette évolution dyssymétrique?»

L'homme ne saurait être séparé des milieux où il évolue. « Mais ces milieux ne sont ni exactement proportionnés, ni de composition fixe. Il est clair, par exemple, que, dans une grande ville, c'est le milieu social qui prédomine, que l'isolement de la grande campagne est compensé par la richesse du milieu cosmique, etc., etc.

Et l'organisme ne saurait être autre chose que le reflet du milieu d'où il est issu. Par conséquent, constater la dyssymétrie dans la nature inorganique, c'est en même temps l'expliquer dans la nature vivante. Dès lors, nous ne nous étonnerons plus de voir, à côté d'un système musculaire infantile, presque immuable dès le jeune âge, un système encéphalique indéfiniment perfectible, ou, inversement, à côté d'un cerveau qui paraît s'arrêter aux connaissances élémentaires, un appareil musculaire qui acquiert, avec l'âge, une prépondérance de plus en plus marquée. De même, nous concevons aisément, dans certains cas, que le système digestif s'affine et se développe jusqu'aux moments extrêmes de la vie, alors que les autres systèmes paraissent stationnaires depuis longtemps.

En fin de compte, l'organisme se présente comme un bloc asymétrique où se côtoient infériorités et prédominances réactionnelles, ces dernières constituant comme le centre vital où aboutit la plus grande somme d'excitations. Et cette suractivité locale apparaît alors comme la condition essentielle d'équi-

libre pour toutes les autres fonctions de l'économie.

Dire qu'un individu est un *musculaire*, c'est affirmer que son système musculaire a besoin d'une somme d'excitations supérieure à celle qu'exigent les autres appareils, pour que la santé, c'est-à-dire l'équilibre vital, soit maintenue. Imposer à cet individu une vie sédentaire, c'est, à coup sûr, entraver son évolution en diminuant la somme des excitations qu'elle appelle. Et nous pourrions, en quelque sorte, définir dans les mêmes termes un *digestif*, un *cérébral* et un *respiratoire*, suivant la nature des prédominances réactionnelles révélées par une analyse méthodique...

L'organisme semble se trouver ainsi constamment en état d'équilibre instable.

Or, phénomène inattendu, cette instabilité est, dans une certaine mesure, en raison inverse de la dyssymétrie. Plus celle-ci est accusée, plus l'organisme paraît résistant et propre à s'adapter aux milieux les plus divers, c'est-à-dire à trouver partout la somme d'excitations nécessaire pour le plein épanouissement de tous ses systèmes.

Et cela se conçoit, si l'on réfléchit qu'un système anatomique très prédominant constitue un *centre attractif* d'une puissance exceptionnelle, et, par cela même, capable de vivre et de croître dans une ambiance quelconque ; et, l'évolution de ce système sauvegardée, c'est l'évolution de tous les autres systèmes également maintenue en vertu de la loi de synergie fonctionnelle (1). »

Telle est, synthétiquement exposée, la loi de la *dyssymétrie organique*, qui constitue avec la *loi des milieux* et la *loi de la synergie fonctionnelle* la triade des lois fondamentales de l'évolution de l'homme.

Mais nous n'avons là encore que des conditions générales. Ces conditions, communes à tous les êtres, ne sont point suffisantes pour nous permettre de comprendre la diversité infinie des types évolutifs. Nous pouvons en effet voir deux sujets d'un même type organique (musculaire, par exemple) et placés dans des conditions de milieu aussi identiques que possible, évoluer dans deux sens

(1) Essai d'interprétation de l'Evolution individuelle de l'homme. (Sigaud. *Rev. scientifique*, 18 juin 1904.)

diamétralement opposés : l'un dans le sens d'une croissance rapide avec amaigrissement, l'autre dans le sens d'un grossissement général avec croissance ralentie.

Si donc nous voulons pénétrer plus intimement dans la connaissance des types individuels, il est nécessaire de faire intervenir des conditions plus spéciales et plus directement en rapport avec la constitution propre de chaque individu. Nous ne citerons ici que les plus démonstratives.

1° *Le degré d'excitabilité* de l'organisme. On comprend que l'impressionabilité de la cellule organique aux variations du milieu soit un élément de premier ordre et qu'elle puisse modifier du tout au tout la forme du mouvement évolutif, soit en favorisant la production des états subaigus, soit en stimulant la mise en jeu de prépondérances individuelles, etc.

2° *Le degré d'élasticité* de l'appareil prédominant. Déjà, nous le savons, la nature de la dyssymétrie organique exerce sur l'évolution une influence marquée : le musculaire n'évolue pas comme le digestif, le digestif comme le respiratoire. La morphologie des uns et des autres est

des plus dissemblables. Mais, même chez deux individus d'un même type organique, la marche de l'évolution peut être absolument différente. Un appareil digestif doué d'une grande élasticité assure une évolution de longue durée; les changements morphologiques s'opèrent alors d'une façon progressive et lente, aussi bien pendant la période de dilatation que pendant la période de rétraction, et se signalent par des oscillations d'une telle amplitude que l'individu, considéré à deux époques diverses de sa vie, est complètement méconnaissable. Avec un appareil digestif de faible élasticité — et nous nous plaçons toujours dans l'hypothèse où l'appareil digestif est l'appareil prédominant — nous aurons une évolution dont les phases successives seront d'une courte durée et des variations morphologiques assez faiblement accentuées pour ne pas modifier sensiblement l'aspect extérieur du sujet.

3° *La phase de l'évolution* où les conditions du milieu deviennent défavorables. On comprend que l'insuffisance de l'alimentation, le défaut d'exercice, la vie confinée exerceront sur l'évolution générale une influence désastreuse surtout

pendant la période de croissance, où l'irritabilité des éléments anatomiques est si vive. Tout le monde sait que la façon dont s'est effectué le nourrissage a sur l'avenir de l'individu une influence décisive, etc.

C'est de la combinaison de ces divers éléments que sortent tous les types évolutifs. Tracer un tableau général de l'évolution de l'homme est donc chose impossible. L'évolution de chaque individu constitue un problème distinct auquel répond une solution spéciale. Nous essayerons cependant, en nous appuyant sur la morphologie générale, de dégager quelques types généraux auxquels viennent se réduire les nombreuses variétés de types individuels que l'on rencontre en clinique.

Nous pouvons tout d'abord distinguer deux catégories d'individus :

« Les uns restent à peu près constamment semblables à eux-mêmes à travers les divers âges de la vie; les autres subissent des remaniements profonds qui les rendent méconnaissables d'un âge à l'autre.

Chez les premiers, le temps *précise* seulement

les formes, et il est un moment de pleine maturité où l'individualité morphologique a son relief maximum ; puis avec le déclin, ces formes subissent une *dégradation* progressive, mais sans décrépitude sénile à proprement parler, et la mort arrive, semblant un accident.

Si, voulant *figurer* une telle évolution, nous relions par une ligne droite les deux points d'arrivée (naissance) et de départ (mort) A et B, nous aurons la trajectoire évolutive en traçant une courbe légèrement arrondie, constamment voisine et au dessus de la ligne droite, courbe dont le point culminant marquera le milieu de la période de maturité.

La seconde catégorie d'individus est celle qui fournit le plus lourd tribut à la maladie et se présente journellement à l'observation du clinicien.

Elle comprendra deux *Types* principaux, auxquels correspondent la plupart des cas particuliers :

1er *Type :* croissance exagérée, souvent rapide, s'accompagnant d'une maigreur extrême avec abdomen plus ou moins excavé et musculature

sans relief qui contraste avec la longueur et le développement massif des leviers osseux.

Pendant l'âge adulte, l'abdomen devient énorme, les épaules s'élargissent, le thorax s'épaissit, la face et les membres s'arrondissent.

Enfin le déclin sénile se signale par un retour souvent rapide aux formes squelettiques de la jeunesse et la mort est généralement hâtive.

En résumé les trois âges sont franchement différenciés et la trajectoire évolutive s'éloigne constamment de la ligne droite : d'abord bien au-dessous, elle s'élève ensuite bien au-dessus et fait enfin une chute brusque qui marque la fin de l'évolution.

2e *Type :* la croissance est marquée, dans ce cas, par une exubérance morphologique de tous les systèmes anatomiques ; c'est l'enfant précoce qui donne *toutes* les espérances : la taille est constamment au-dessus de la moyenne, les reliefs musculaires sont fortement accusés, l'abdomen est arrondi et la poitrine épaisse et large ; toutes les régions du corps se développent dans d'égales proportions et l'harmonie des lignes semble irréprochable. Mais, la croissance terminée, le

tableau se modifie peu à peu dans un sens qui déconcerte : les chairs deviennent flasques, les traits s'affaissent, la taille s'incurve et l'abdomen tombe ; finalement l'organisme s'effondre en bloc, c'est la mort au seuil de la vieillesse.

La trajectoire évolutive est ici, comme précédemment, constamment éloignée de la ligne droite, mais en sens inverse : elle s'élève progressivement pendant toute la période de croissance, puis au cours de la période de maturité elle se met à descendre et se termine prématurément sans atteindre la période de sénilité (1). »

Nous nous en tiendrons à ces trois exemples de courbes évolutives, exemples suffisants pour orienter l'esprit du lecteur et lui faciliter la compréhension des développements qui vont suivre.

Résumons maintenant les principales idées de ce chapitre, dont l'importance est décisive pour l'intelligence de la suite de cette étude :

La Clinique est la science de la vie de l'homme. On ne saurait limiter son objet à l'étude des

(1) SIGAUD, *loc. cit.*

épisodes morbides proprement dits, car la connaissance adéquate d'un épisode morbide implique la connaissance de l'état *physiologique* antérieur. Du reste, la distinction communément établie entre l'état physiologique et l'état pathologique, fondée en théorie, est dans la pratique, pour un esprit non prévenu, une source incontestable d'erreurs. C'est ainsi qu'elle conduit à considérer comme étrangers à la clinique toute une catégorie de faits biologiques d'importance capitale, tels les *faits morphologiques* qui soulignent d'une façon si caractéristique les phases successives de l'existence d'un grand nombre de malades. En outre, chez la plupart des sujets que l'on considère comme jouissant d'une santé parfaite, l'observation révèle de nombreux stigmates, soit du côté des conjonctives et de la face, soit surtout du côté de l'abdomen, stigmates qui attestent que, malgré les apparences, l'organisme est depuis longtemps le siège de réactions morbides indiscutables.

La Clinique embrasse donc l'*existence entière* de l'homme, c'est-à-dire la série de tous les faits biologiques normaux ou anormaux qui forment la trame de cette existence.

Mais on ne doit pas se borner, comme on le fait généralement, à une simple énumération de ces faits. Cette énumération, quelque complète qu'elle pût être, resterait évidemment stérile. Aucun incident biologique ne comporte par lui-même de signification absolue ; il ne saurait constituer une donnée invariable impliquant en soi sa raison d'être et les raisons de sa manière d'être. Il n'est scientifiquement utilisable que lorsque l'observateur a établi et compris les connexions qui le rattachent aux faits antécédents avec lesquels il forme comme une chaîne ininterrompue.

Il ne suffirait pas encore de rattacher tous ces faits les uns aux autres par des liens de causalité, que l'analyse la plus minutieuse serait du reste impuissante à démêler complètement. Ce qu'il faut, c'est trouver la formule synthétique qui domine tous ces faits, les réunit en un faisceau autonome et ramène leur multiplicité souvent confuse à l'unité, tendance invincible de la pensée, objet suprême de la science. Le clinicien, en un mot, doit chercher à embrasser dans son ensemble la vie du malade, à dégager de l'observation

l'idée générale qui servira de base à l'interprétation clinique et à une intervention thérapeutique rationnelle.

Cette connaissance nous est donnée par l'étude de *l'Evolution*, point nodal où tout converge et d'où tout rayonne, foyer lumineux qui projette son éclat sur tous les faits et dans toutes les directions.

En effet, évoluer, c'est changer. Connaître l'évolution, c'est donc connaître les changements qui se sont produits et se produisent actuellement dans l'organisme d'un malade, que ces changements soient de simples modifications dans sa manière de réagir vis-à-vis des agents extérieurs, ou de véritables variations dans sa morphologie. Connaître l'évolution, c'est comprendre l'origine et la nature de ces changements, c'est-à-dire savoir quelles sont les aptitudes organiques du malade et quelle est sa façon de réagir sous l'influence des divers excitants auxquels il est soumis ; car tous les mouvements morphologiques ou même simplement fonctionnels de la cellule organique ne sont que les reflets extérieurs des réactions suscitées dans l'intimité de l'élément

cellulaire par le conflit de cet élément avec les divers milieux où il puise ses excitations et sa vie. Connaître l'évolution, c'est être capable enfin de prévoir dans une certaine mesure les modifications ultérieures de l'organisme, c'est être à même d'en diriger, d'en modérer, au besoin d'en enrayer la marche ou l'apparition.

Ainsi se trouve réalisé le vœu formulé par Claude Bernard : « La médecine aurait accompli un progrès immense, disait l'illustre physiologiste, s'il était possible de prévoir dans l'état de santé les diverses prédispositions morbides et de prédire ainsi l'approche du danger ». (*Path. expér.*, page 32.)

De l'ensemble de nos recherches, poursuivies avec ordre depuis quinze ans, et dont les résultats ont formé peu à peu un faisceau toujours grossissant de données concordantes, est née une nouvelle méthode d'observation clinique. Cette méthode, qui voit chaque jour se multiplier les faits qui la confirment et l'élargissent, est basée d'une part sur un fait scientifique nouveau, la connaissance de l'évolution individuelle de l'homme, d'autre part sur un procédé nouveau d'investigation

clinique, l'exploration externe du tube digestif.

La justification de cette méthode sera l'objet de la suite de cette étude. Nous allons montrer comment, à la lumière des lois essentielles de l'évolution, l'observation clinique transformée prend un caractère de précision scientifique et enchaîne les faits humains les uns aux autres de façon si étroite que l'esprit en saisit immédiatement toute la signification. Nous espérons faire comprendre au lecteur que la clinique, rajeunie par une observation plus large et par des procédés plus parfaits, est capable à elle seule de tenir les promesses que les autres branches de la biologie ont fait naître et ont été successivement impuissantes à réaliser.

CHAPITRE II

La loi des milieux. — Définition de la maladie. Formes de la maladie.

I. La loi des milieux.

SOMMAIRE. — L'être vivant et le milieu cosmique.— L'adaptation parfaite de ces deux éléments correspondrait à l'état idéal dit physiologique. — Grâce à son élasticité la cellule organique se prête dans une certaine mesure aux variations du milieu ambiant. — Evolution schématique d'un organisme en équilibre permanent avec les conditions extérieures. — La mort naturelle ; elle est due à l'épuisement progressif de l'irritabilité cellulaire, à l'indifférence de plus en plus accusée de la cellule vis-à-vis des excitations du milieu ambiant, et à l'arrêt du mouvemeut moléculaire qui en est la conséquence.

Si l'on se reporte à la définition que nous avons donnée de la vie : « La vie est le mouvement provoqué et entretenu dans la matière organisée par les excitations issues du monde extérieur », — il est facile de se faire une idée à la fois claire et

simple de la genèse et de la nature fondamentale des états réactionnels de l'organisme humain, et plus spécialement des états réactionnels communément désignés sous le nom de « *maladies* ».

L'organisme humain emprunte aux divers milieux qui l'entourent les excitations nécessaires à son fonctionnement. S'il pouvait s'établir un rapport constant et invariable entre les qualités des milieux et les aptitudes réactionnelles de l'organisme, ce serait l'équilibre permanent, le silence subjectif et objectif, l'état de santé idéal. Mais c'est là une supposition irréalisable. La composition des milieux où vit l'homme est essentiellement mobile et variable, et cette variabilité des milieux a pour conséquence des modifications dans la stato-dynamique des éléments anatomiques.

A chaque variation dans la composition des milieux correspondent en effet des variations dans le mouvement et dans la forme de la matière organisée. Cette proposition n'a nul besoin d'être démontrée, car elle n'est qu'un cas particulier de l'action qu'exercent réciproquement les uns sur les autres tous les corps de l'univers. Il en résulte

une succession ininterrompue de modalités fonctionnelles incessamment changeantes, et des réactions de formes les plus diverses et d'allure les plus opposées.

Cependant le champ d'excursion fonctionnelle des cellules est suffisamment vaste pour que, même dans ces conditions, leur vitalité ne soit pas toujours compromise. Il est même certains êtres privilégiés chez lesquels la cellule organique, grâce à son admirable élasticité, se prête dans de larges limites à toutes les exigences du milieu ambiant. Au contact des agents extérieurs, suivant les besoins, elle se rétracte ou se distend, s'adaptant à toutes les pressions qu'elle subit, se modelant sur tous les chocs qui l'ébranlent, accélérant ou ralentissant son mouvement moléculaire, suivant que le mouvement des éléments cosmiques s'accélère lui-même ou bien se ralentit.

A mesure que la cellule vieillit, son mouvement moléculaire se modère progressivement et son élasticité diminue ; — son élasticité, c'est-à-dire la propriété qu'a la cellule de mettre son mouvement moléculaire propre en harmonie avec

le mouvement moléculaire ambiant et d'en suivre les fluctuations.

Il semblerait qu'à ce moment la rupture de l'équilibre dût se produire au détriment de l'organisme. Mais celui-ci, grâce à ce que l'on pourrait prendre pour un instinct merveilleux, qui n'est au fond qu'un mode nouveau de réactivité né de l'évolution même, — le ralentissement des actes vitaux, entraînant *ipso facto* le ralentissement des appétitions cellulaires, — l'organisme, disons-nous, modifie spontanément les milieux sur lesquels il peut agir, ou se soustrait aux ambiances dont la réglementation lui échappe.

Ceci n'est pas une vue de l'esprit. Observons l'homme qui vieillit et lentement s'achemine vers la mort : nous le voyons modérer insensiblement son activité et se soustraire progressivement aux contacts extérieurs. Son champ d'action se limite, son horizon se rétrécit, horizon physique, horizon moral, horizon intellectuel. L'élément cellulaire appelle d'une façon moins impérieuse l'excitant qui le faisait vivre, et dont l'intensité première, ne concordant plus avec la faible ampli-

tude actuelle du mouvement moléculaire, troublerait la régularité du rythme vital.

Au désir du mouvement et de l'exercice musculaire succède un impérieux besoin de tranquillité et de repos ; à la vie au grand air le séjour à la chambre ; à l'activité intellectuelle l'engourdissement cérébral, souvent l'indifférence la plus absolue. Seul parfois l'appareil digestif semble concentrer en lui la somme des excitations qui faisaient vibrer autrefois l'organisme et entretenaient la vie. L'appétit persiste, souvent même il s'exagère : phénomène de fâcheux augure, car il traduit l'impassibilité des autres *centres* organiques vis-à-vis de leurs excitants naturels, d'où la nécessité d'excitations supplémentaires sur les points où subsistent les derniers vestiges de l'irritabilité vitale. Peu à peu ce dernier « centre attractif » des excitations périphériques s'engourdit à son tour, et la mort arrive sans secousse, arrêt définitif du mouvement originellement départi à l'être, terme ultime des transformations de l'énergie dont il avait été primitivement doté.

II. Définition de la maladie. Formes de la maladie.

Sommaire. — Le défaut d'adaptation de l'être avec le milieu où il évolue a pour résultat immédiat un choc organique qui constitue la maladie et qui se révèle à l'observateur par des signes à la fois physiques et fonctionnels.

La forme et les caractères de la maladie, c'est-à-dire de la nouvelle modalité organique créée par le défaut d'adaptation de l'organisme et du milieu, varient suivant les aptitudes réactionnelles de l'individu. — Deux types primordiaux de sujets : 1° ceux dont la sensibilité et la réactivité sont vives ; type : Faibles. 2° Ceux qui ont pour caractéristique un défaut de sensibilité et des réactions lentes et peu intenses ; type : Forts. — D'où deux formes primordiales d'états morbides : *A.* Etats morbides subaigus se traduisant par des réactions vives ; *B.* Etats morbides latents se manifestant surtout par des modifications morphologiques, avec phénomènes réactionnels peu accusés.

Nous avons supposé jusqu'ici, pour l'intelligence de ce qui va suivre, le cas quelque peu schématique et idéal où constamment il y a une sorte de balancement harmonieux entre les fluctuations cosmiques et les oscillations vitales, d'où des variations fonctionnelles de l'économie que l'on peut à la rigueur qualifier de *physiologiques*. Cet équilibre est exceptionnel, et dans tous les

cas il n'est jamais que très incomplet et très passager ; nous avons déjà fait remarquer qu'en regardant autour de soi on chercherait vainement un sujet chez lequel on ne puisse facilement dépister une succession presque ininterrompue de troubles morbides divers.

Trop nombreuses en effet sont les circonstances où une disproportion inéluctable doit se manifester entre les qualités réactionnelles de l'organisme et les propriétés excito-motrices des milieux où il évolue, que celles-ci s'accusent par un excès ou par une insuffisance. La conséquence immédiate de cette rupture de l'équilibre est une modification, parfois violente, de la modalité de l'être, véritable choc organique qui se traduit par des signes perceptibles à l'observation clinique, par des réactions dont la nature et l'intensité varient avec les qualités originelles de l'organisme frappé. Ces réactions, qui ne sont aux yeux du naturaliste qu'une simple variété de phénomènes biologiques liés à un déterminisme précis, constituent au point de vue médical pratique, ce que l'on est convenu d'appeler des *troubles morbides.*

Ce qu'il importe de retenir, pour rester dans la vérité des choses et pour ne pas s'égarer dans l'interprétation des faits, c'est que les oscillations fonctionnelles dites morbides se continuent sans ligne de démarcation véritable et par transition insensible avec les oscillations fonctionnelles dites physiologiques. Il n'y a pas de différence fondamentale entre les deux et le clinicien retrouve dans les unes comme dans les autres les caractères et les qualités propres à l'organisme considéré.

Nous pouvons donc, d'ores et déjà, envisager la maladie, dans sa signification générale, comme le résultat d'un *défaut d'adaptation* de la matière organisée avec le milieu où elle évolue ; définition simple, claire, et qui ne peut manquer d'être fertile en déductions théoriques et pratiques, car elle atteint l'essence même de son objet. Le défaut d'adaptation a pour conséquence immédiate un véritable *choc* cellulaire. Le terme de choc, qui peut surprendre tout d'abord par sa banalité et par l'idée de traumatisme qu'il évoque, traduit bien pour tout observateur impartial la nature réelle de l'ébranlement produit sur l'organisme et

tel qu'il nous est révélé par les signes soit subjectifs, soit objectifs.

Mais ici nous avons une première distinction à faire.

Nous sommes en présence de deux éléments inséparables et que nous devons toujours envisager simultanément : d'une part l'organisme, d'autre part le milieu où vit cet organisme. Toute modification du milieu a sa répercussion immédiate sur le mouvement vital ou fonctionnel de l'être (fonction et vie se confondent), mais il est bien évident que la forme et les caractères de la nouvelle modalité de l'organisme vont varier suivant les qualités réactionnelles de cet organisme; ou, en d'autres termes, l'ébranlement produit par la rupture des conditions de vie habituelle va se traduire par des signes en rapport avec les aptitudes organiques de l'individu.

Il y aurait lieu d'autre part d'envisager les modifications du milieu, leur caractère d'intensité ou de durée, la rapidité ou la lenteur avec laquelle elles se manifestent, toutes conditions qui sont susceptibles, on le conçoit sans peine, d'impressionner l'organisme dans des sens différents. Mais

nous laissons provisoirement de côté toutes ces conditions d'ordre extrinsèque, pour consacrer surtout notre attention aux conditions d'ordre vital sur lesquelles la connaissance de l'évolution jette un jour tout particulier.

Deux catégories de faits se présentent à notre observation. Tantôt la maladie s'accuse par des troubles fonctionnels plus ou moins bruyants ; tantôt au contraire sa marche est en quelque sorte silencieuse et se traduit presque exclusivement par des signes morphologiques, engraissement ou amaigrissement. Ces deux catégories d'états morbides, — états morbides subaigus, états morbides latents, — correspondent à deux types organiques, types primordiaux, élémentaires, pour ainsi dire, dont la différence spécifique réside dans le degré de leur excitabilité ou mieux de leur sensibilité. Nous allons les étudier séparément.

A. — Etats morbides subaigus.

Sommaire. — Chez les individus de sensibilité et de réactivité vives, le choc produit par le défaut d'adaptation est vivement et profondément perçu. — Le premier effet du choc est un affaissement de l'organisme, affaissement que viennent attester les signes physiques et les signes

fonctionnels. — Sur cet état d'affaissement, phénomène immédiat, se greffent des phénomènes secondaires variables. Nous donnons le nom d'*état subaigu* à cette forme morbide. — Sa fréquence chez les Faibles. — Chez ces malades tendance à un ressaisissement rapide. — Etats subaigus enchevêtrés et successifs constituant la plus grande partie des maladies dites chroniques. — Les états subaigus chez les Forts sont moins fréquents, d'allure moins franche, de durée plus longue. — Etats subaigus chez les Forts dont l'évolution est anormale : l'irrégularité de l'évolution crée un état d'irritabilité organique particulière favorable à l'éclosion d'états subaigus francs. — Le groupe des états subaigus embrasse tous les troubles morbides passagers et le plus grand nombre des états réactionnels prolongés ou permanents qualifiés par la médecine classique de maladies chroniques. — Depuis l'état subaigu le plus rudimentaire jusqu'à la maladie infectieuse, on observe toute une série d'états subaigus intermédiaires. — Unité primitive de toutes ces manifestations morbides : les signes cliniques (angine, ictère, albuminurie, etc.) qui servent de base à la classification des entités, ne sont que les signes des localisations diverses et secondaires d'un état fondamental originellement toujours le même. — Le siège de la localisation est déterminé par des conditions précises. — L'état chronique opposé à l'état subaigu. — Ce qu'il faut entendre par état chronique.

Il est des sujets dont la sensibilité organique est si exquise, que la plus légère modification dans la composition du milieu extérieur est immédiatement et vivement perçue. Les signes physiques ou fonctionnels immédiats sont bien ceux d'un véritable choc, affaissement des tissus,

flaccidité des chairs, dépression intellectuelle, torpeur digestive ; et, au point de vue abdominal, ventre affaissé, donnant la sensation d'empâtement et de chiffon mouillé (1). Mais l'organisme, momentanément inhibé, ne tarde pas à réagir ; et sur l'état d'affaissement primordial viennent se greffer des phénomènes réactionnels variables : le facies est amaigri, les traits tirés, les conjonctives tuméfiées, de teinte verdâtre ou subocres, la langue pâteuse ; des troubles fonctionnels divers se manifestent sur lesquels nous n'avons pas à insister en ce moment. L'empâtement du ventre persiste toujours très accentué ; mais des variations

(1) Cette sensation objective d'empâtement, si grossière et qui suffit à elle seule pour caractériser le groupe de faits auxquels nous faisons allusion, a été signalée par nous depuis quinze ans dans nos diverses publications. C'est une sensation générale que donne à la main la palpation superficielle de *toute la masse digestive* de l'abdomen et surtout de l'intestin grêle. Cette sensation d'empâtement et de chiffon mouillé est du reste trop manifeste pour qu'il puisse y avoir de discussion à son sujet ; il suffit de l'avoir perçue une seule fois nettement pour ne plus la méconnaître. Parmi tous les confrères qui se sont donné la peine de suivre notre enseignement, il n'en est aucun qui ne soit arrivé rapidement à se mettre cette sensation dans les doigts.

dans la forme et la consistance des segments coliques et des modifications de la sonorité abdominal viennent objectiver le sens et la nature des phénomènes réactionnels secondaires.

Les caractères, dont nous venons de donner l'énumération succincte, constituent le substratum anatomique et clinique fondamental des états morbides auxquels nous avons donné le nom d'*états subaigus ;* nom ne préjugeant en rien de leurs modalités diverses, ni des différentes localisations qu'ils peuvent affecter, dénomination purement générique destinée à évoquer un caractère commun à tout un groupe de troubles morbides — à savoir, l'affaissement brusque de l'organisme sous l'influence d'un choc — et à offrir à l'esprit un point de repère précieux pour le dépouillement des faits cliniques.

Les sujets, objet actuel de notre étude, qui se distinguent par leur impressionnabilité aux modifications du milieu ambiant, présentent un autre caractère biologique non moins spécial, celui de se *ressaisir rapidement.* Leur élasticité vitale est considérable, et, s'ils succombent avec facilité, ils se relèvent de même. Cette façon de réagir stig-

matise toute une catégorie de malades, ceux que nous avons désignés dans nos publications antérieures sous le nom de *faibles*. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion d'observer des exemples réellement caractéristiques de ce type organique général dont la susceptibilité morbide est si grande, mais dont le ressort vital déroute toutes les prévisions et se joue des pronostics les plus sombres.

Il est de ces Faibles dont la vie est parsemée d'états subaigus se résolvant avec autant de rapidité qu'ils se produisent. Il en est même dont l'existence n'est qu'une longue chaîne d'états subaigus enchevêtrés, une suite d'affaissements et de relèvements successifs. Parfois ces deux phases se suivent en séries si rapprochées, ou si l'on préfère, les chocs consécutifs au vice du milieu ambiant sont si répétés que l'état subaigu semble permanent et jusqu'à un certain point l'est en réalité. Le relèvement n'est jamais complet. A peine l'organisme paraît se ressaisir qu'un choc nouveau vient produire un nouvel affaissement. La maladie est donc à l'état constant, on la qualifie volontiers de chronique. Mais si elle est

chronique dans son allure et dans ses apparences, elle ne l'est pas dans sa nature. C'est un état subaigu prolongé, durable, qui peut persister pendant des mois et même des années. Derrière les apparences de chronicité, voire d'incurabilité, subsiste toujours la possibilité d'un relèvement rapide et complet; nous en avons la preuve et la certitude dans la persistance de l'affaissement et surtout de l'empâtement du ventre. Tout ventre pâteux est en effet un ventre d'état subaigu, un ventre « d'état morbide curable », dirions-nous volontiers. La connaissance de ces faits nous donne l'explication de beaucoup de guérisons aussi rapides qu'inattendues.

Les états subaigus sont surtout fréquents et présentent leurs caractères les plus francs chez les Faibles; mais ils ne sont pas l'apanage exclusif de ce type organique. Les sujets que nous avons classés sous la dénomination de *forts*, et qui se distinguent nettement par leur aspect morphologique, forte charpente osseuse, reliefs musculaires accusés, ou par leurs aptitudes digestives exceptionnelles, n'ont ni la même sensibilité organique

ni la même élasticité vitale que les Faibles. Leurs éléments anatomiques réagissent d'une façon spéciale vis-à-vis des modifications du milieu ambiant ; ou, si l'on aime mieux, la « maladie » affecte chez eux un caractère et une allure qui la différencient franchement de l'état subaigu tel que nous l'avons décrit ; nous verrons plus loin qu'elle se traduit de préférence par des modifications morphologiques.

Cependant les états subaigus proprement dits ne sont pas une rareté chez les Forts. Mais, tout en étant moins fréquents que chez les Faibles, ils sont également à la fois moins violents et plus prolongés. Le Fort tombe moins brutalement, mais il se relève avec plus de lenteur. Il semble que le choc initial doive être plus intense ou se manifester d'une façon plus persistante pour vaincre le défaut de réceptivité de l'organisme ; et que, d'autre part, le peu d'élasticité des tissus et des organes constitue un obstacle à la rapidité du relèvement. Les signes objectifs abdominaux sont en rapport avec la torpidité des troubles fonctionnels : le ventre est peu modifié dans sa forme, l'empâtement moins accentué. Ce parallélisme

des deux ordres de phénomènes vient une fois de plus nous confirmer leur équivalence et l'importance des signes physiques révélés par l'exploration du ventre.

Il est cependant une catégorie de Forts chez lesquels l'état subaigu revêt les caractères anatomiques et cliniques que nous avons assignés à l'état subaigu des Faibles. Il s'agit de Forts se développant anormalement, de Forts dont l'évolution naturelle est entravée. Tels ces jeunes gens qui pendant toute leur période de croissance présentent, avec les caractères organiques fondamentaux du Fort (système osseux développé et prédominant), un état de maigreur extrême, une débilité apparente qui les rapproche jusqu'à un certain point du type faible. L'évolution de ces sujets est irrégulière, avons-nous dit. A l'origine de ce trouble évolutif nous trouvons toujours un vice permanent du milieu ambiant (erreurs grossières d'hygiène alimentaire, travail prématuré et excessif, etc.). Or ces conditions défectueuses, au sein desquelles se fait le développement, ont pour conséquence un état d'affaissement avec rétraction des éléments anatomiques (ainsi qu'en témoignent

et l'aspect morphologique du malade et l'examen objectif de son ventre), et, parallèlement, cet état d'irritabilité exagérée qui constitue le terrain favorable à la genèse des états subaigus. Il s'agit, on le voit, d'une irritabilité morbide, pour ainsi dire, d'une irritabilité d'emprunt, qui disparaîtra lorsque l'évolution reprendra son cours dans une voie plus conforme aux aptitudes natives de l'organisme.

Résumons-nous. Nous avons suivi dès son origine et étudié dans sa forme la plus rudimentaire l'état réactionnel désigné sous le nom de *maladie*. Nous avons vu que la maladie reconnait pour cause un défaut d'adaptation de la matière organisée avec le milieu ambiant et que la conséquence de cette rupture d'équilibre était, chez les sujets de grande réceptivité, un affaissement de l'organisme suivi de phénomènes réactionnels variables, un état subaigu. L'état subaigu tend spontanément à la guérison. Une intervention thérapeutique intempestive l'aggrave ou le prolonge. Dans ce cas, on voit fréquemment apparaitre les troubles fonctionnels les plus dis-

parates qui viennent modifier le tableau de la maladie et en obscurcir la simplicité primitive.

Les formes simples des états subaigus sont ignorées de la médecine classique. Nosologiquement elles n'ont point de dénomination (1). Ce n'est que dans le cas où un symptôme (fièvre, ictère, albuminurie, etc.) se dégage plus spécialement de l'ensemble des signes physiques ou fonctionnels que l'état subaigu prend un rang officiel dans les cadres de la nosologie et qu'on lui impose un nom. On méconnaît alors son origine et la place réelle qu'il occupe dans le groupe des états réactionnels morbides. On ne s'aperçoit pas que des états morbides intermédiaires le relient, comme autant d'anneaux d'une chaîne ininterrompue, avec les états subaigus les plus simples et les plus rudimentaires. Ce qui captive l'attention, c'est le signe prédominant, fièvre, bronchite, ictère, angine, etc. ; ce signe de la maladie prend des proportions inattendues aux

(1) Les traités de pathologie décrivent l'embarras gastrique apyrétique. Cette vague entité n'est qu'une des nombreuses variétés de l'état subaigu digestif, une des mille formes de l'état subaigu, tel que nous l'envisageons.

yeux de l'observateur et devient la maladie elle-même. Une individualité métaphysique se constitue ; nous sommes en présence de la maladie localisée, de l'*Entité.*

Cet être de raison redoutable prend corps dans l'esprit du médecin. Celui-ci ne s'attache plus à rechercher quelles *conditions* de milieu conviennent aux *conditions* actuelles de réactivité de l'économie. Il oublie « qu'on ne triomphe de la nature qu'en lui obéissant » ; il vise le trouble morbide lui-même, et sa thérapeutique revêt des allures essentiellement *curatives.* Inutile d'insister sur l'inefficacité, voire la nocivité d'une lutte dont le malade fait tous les frais.

Au vaste groupe des Etats subaigus se rattachent donc tous les troubles morbides passagers, dits maladies aiguës non spécifiques, et tous les états fonctionnels prolongés, qualifiés par la médecine classique d'affections chroniques, et que nous avons considérés comme des états subaigus successifs et enchevêtrés. Les maladies infectieuses, bien que formant un groupe réellement distinct, par la spécificité de leur cause et l'allure cyclique de leur évolution, ne doivent et ne peuvent pas

cependant rester complètement en dehors d'une conception générale cherchant à embrasser tous les rapports de la matière organisée avec le milieu ambiant. A l'origine des maladies aiguës nous trouvons toujours le même défaut d'adaptation, toujours le même choc; mais la violence de ce choc, véritable traumatisme que l'on peut rapprocher des traumatismes chirurgicaux, ne laisse que peu de place à la spontanéité vitale. Encore faut-il bien savoir que, même dans ce cas, la spontanéité vitale ne perd jamais ses droits, et que la part active de l'organisme se manifeste dans ce qu'on appelle les *formes cliniques* de la maladie. C'est dans les formes de l'activité vitale, variable suivant les types organiques, qu'il faut chercher la raison des formes morbides. Nous aurons donc à montrer plus loin l'apport précieux que nous donne pour l'étude de ces faits la connaissance des lois de l'Evolution individuelle de l'homme.

Si nous voulions aller plus loin encore, et ne rien laisser de ce qui touche aux rapports de l'homme avec le milieu extérieur, nous pourrions rappeler que le traumatisme proprement dit, quelque localisé qu'il puisse être, ne laisse pas de

provoquer une réaction générale, — véritable état subaigu, — souvent plus grave et de plus longue durée que le traumatisme lui-même. N'est-il pas souvent, en outre, l'origine de troubles organiques divers, psychiques, nerveux, digestifs ? Que de malades font remonter à un accident l'origine de la désorganisation de leur santé ! Or, comment se règle la généralisation du choc traumatique ? Quelles lois président aux localisations immédiates ou consécutives des troubles fonctionnels ? Ici encore, la connaissance des lois de l'Evolution individuelle peut seule nous donner une réponse satisfaisante.

Ainsi les mêmes lois générales englobent dans leur compréhension l'universalité des cas particuliers. N'est-ce pas un critérium de vérité que cette possibilité d'embrasser dans les liens d'une même explication générale tous les états réactionnels qui viennent modifier l'équilibre de l'organisme humain ? Il n'y a pas de science du particulier, disaient les anciens. Jamais la vérité de cet axiome fondamental n'a trouvé de plus utile application que dans l'étude des faits biologiques ; jamais elle n'a reçu plus éclatante confirmation.

Il nous reste, pour terminer ce qui a trait aux états subaigus, un dernier point à élucider. Pouvons-nous opposer à l'*Etat subaigu* un *Etat chronique?* et, dans ce cas, quel sens faut-il attacher à cette expression, quelle est la signification de cette forme morbide?

Classiquement, qui dit état chronique dit état de longue durée; qui dit maladie chronique dit maladie incurable. Cette conception de l'état chronique est dénuée de toute valeur.

Nous avons défini la maladie et nous avons vu que le point de départ en est simple et unique. Pour résoudre le problème de l'existence d'un état morbide chronique, différent de l'état subaigu par ses caractères et son évolution, nous n'avons donc qu'une chose à faire : suivre l'évolution de l'état subaigu, et chercher à surprendre si, au cours de cette évolution, il subit des modifications qui en altèrent la nature fondamentale et quelles sont ces modifications.

De deux choses l'une. Ou bien les influences morbides s'atténuant, puis finissant par disparaître, l'organisme se ressaisit; c'est le retour à l'équilibre habituel. Ou bien, le vice du milieu

persistant ou s'aggravant, l'état subaigu se prolonge. Il est facile de comprendre que, du moment où le relèvement est entravé par la résistance du milieu ambiant, l'état subaigu va subir des changements dans sa forme et dans sa marche. L'état fondamental des éléments anatomiques se modifie, chaque instant qui s'écoule laissant l'organisme dans une forme de réactivité différente de celle dans laquelle il l'a trouvé. Dans quel sens va se faire cette modification? Dans le sens de l'épuisement vital, cela ne saurait faire aucun doute, la résistance du milieu entraînant, par le fait même de l'effort qu'elle suscite, une diminution progressive de l'élasticité des éléments anatomiques, c'est-à-dire de cette propriété que possède la matière vivante de recueillir les excitations du milieu extérieur et de les lui restituer sous une des formes du mouvement organique.

Diminution de l'élasticité signifie donc spontanéité vitale moindre, expansibilité fonctionnelle réduite, impuissance relative à lutter contre la résistance opposée par le milieu ambiant, cette résistance fût-elle, à un moment donné, des plus

faibles ; et finalement lenteur et difficulté du ressaisissement, lors même que les conditions ambiantes semblent favorables. Dès lors une forme morbide spéciale, née de l'état subaigu, est constituée : cette forme, c'est l'état chronique.

« Entravé par une cause quelconque, l'état subaigu s'arrête dans sa marche vers la *restitutio ad integrum*. A ce moment, la résistance créée par l'obstacle est telle que tout nouvel effort d'expansion spontanée cesse d'aboutir. Cet arrêt du processus de réparation est d'une précocité variable, qui dépend à la fois et de la nature de l'obstacle et des qualités réactionnelles de l'élément anatomique. En tout cas, l'instant précis où la spontanéité anatomique est annihilée par la résistance du milieu ambiant marque le début de l'état chronique. Il y a, en définitive, identité de nature entre l'état chronique et l'état subaigu : de part et d'autre, les forces organiques sont simplement inhibées. Le seul trait distinctif, c'est que, dans l'état chronique, l'inhibition est le fait d'une spontanéité insuffisante pour tenir tête au milieu ambiant, tandis que, dans l'état subaigu, l'inhibition dépend

directement du choc accidentel produit par la cause pathogène (1). »

Prenons un exemple. Nous avons soumis un malade en état subaigu à un traitement hygiénique rationnel. Nous avons vu les symptômes les plus apparents de la maladie s'effacer progressivement et l'organisme se ressaisir peu à peu. Mais voici que le relèvement subit un temps d'arrêt ; on a la sensation que l'on se heurte à un obstacle, sinon invincible, du moins difficilement franchissable. A partir de ce moment les progrès ne s'opèrent qu'avec lenteur; la plus légère erreur d'hygiène entrave la guérison. Nous pouvons dire que l'état subaigu franc a disparu et que nous sommes en présence de l'état chronique, c'est-à-dire d'un état où la spontanéité vitale est incapable de triompher de la résistance du milieu ambiant, quelque faible que soit cette résistance.

On a compris sans doute que l'état subaigu et l'état chronique ne sont pas seulement deux formes successives dans la maladie. Tout état morbide ancien ou de quelque durée présente toujours

(1) SIGAUD : *Traité clinique de la digestion*, t. Ier, 1900.

simultanément une part d'état subaigu, une part d'état chronique. Dans nos publications antérieures nous avons montré que ces deux parts étaient généralement en raison inverse l'une de l'autre, et qu'un état chronique ancien et accentué constituait le terrain le plus défavorable possible à la genèse d'un état subaigu franc. Le lecteur pourra consulter à ce sujet le *Traité clinique de la digestion* où il trouvera tous les développements que comporte cette intéressante question.

Ces considérations théoriques, justifiées d'ailleurs par l'observation subjective et l'étude de l'évolution du malade, trouvent leur confirmation dans l'examen objectif abdominal. Le ventre pâteux et affaissé est la caractéristique des états subaigus ; au pôle opposé nous avons le ventre globuleux ou semi-globuleux, dont la rénitence est extrêmement faible, en un mot le ventre mou, signature de l'état chronique. Les combinaisons variables de ces deux éléments de la tension abdominale, *rénitence* et *élasticité*, stigmatisent toutes les formes cliniques intermédiaires et la part qui revient dans un cas donné, d'un côté à l'état subaigu, dans l'autre à l'état chronique. A mesure

que le malade se relève d'un état subaigu, l'empâtement disparaît progressivement et la palpation générale donne une sensation de plus en plus franche de simple diminution de rénitence dans un ventre qui recouvre peu à peu sa forme globuleuse.

B. — Etats morbides latents.

Sommaire. — Chez les individus de sensibilité et de réactivité faibles, l'état subaigu est plus rare et d'allure indécise. — Le défaut d'adaptation de l'organisme avec le milieu se traduit le plus ordinairement par des modifications de l'embonpoint, avec troubles fonctionnels nuls en apparence ou peu accusés. — Deux formes de variations morphologiques, amaigrissement ou rétraction, grossissement ou dilatation. — Les variations morphologiques sont, soit accidentelles, soit évolutives. — Les variations accidentelles sont liées à des modifications passagères et violentes de la qualité du milieu ; les variations évolutives sont conditionnées surtout et avant tout par l'état biologique antérieur du malade, les conditions de milieu ne jouant qu'un rôle accessoire. — Accidentelles ou évolutives, les variations morphologiques ne sont que deux formes cliniques d'un même processus ; leur nature est au fond identique. — Elles constituent, au même titre que les états subaigus, de véritables états morbides.

Nous avons jusqu'ici considéré une première catégorie de faits. Nous avons vu que chez les sujets, dont la sensibilité et la réactivité sont par-

ticulièrement vives, le défaut d'adaptation entre les qualités du milieu ambiant et les aptitudes organiques donne naissance à des états réactionnels dont l'allure est plus ou moins bruyante et qui sont toujours soulignés par des troubles subjectifs. Ces états réactionnels constituent d'une façon plus spéciale ce que l'on appelle communément la « maladie ».

Nous abordons maintenant l'étude d'une classe bien déterminée de faits biologiques, qui semblent n'avoir avec les précédents aucune relation évidente, et que la médecine classique ignore ou affecte d'ignorer, soit que leur étude lui paraisse dépourvue d'intérêt, soit qu'elle les considère comme se rapportant plutôt au domaine de la *physiologie*.

Dans ces cas, en effet, la part des troubles subjectifs est des plus restreintes. Nous nous trouvons en présence d'états réactionnels, sur lesquels aucun symptôme fonctionnel apparent ne vient attirer l'attention. Les faits de cet ordre sont en relation avec le type organique Fort, chez lequel la sensibilité est singulièrement émoussée et dont les réactions sont à la fois moins brusques, moins

violentes et d'une durée plus longue. Si nous voulions les catégoriser d'un seul mot, en faisant abstraction de toutes les nuances symptomatiques d'ordre secondaire, nous dirions que ce sont avant tout des *faits morphologiques*. Le défaut d'adaptation se traduit non par un épisode morbide à proprement parler, par un état de maladie au sens ordinaire du mot, mais par des modifications plus ou moins grossières de l'aspect extérieur de l'individu, par des *modifications de son embonpoint*.

Ces modifications ne peuvent revêtir que deux formes, atrophie ou amaigrissement, hypertrophie ou grossissement. Nous disons volontiers encore rétraction ou dilatation. A ces diverses expressions correspondent des nuances qui se comprennent d'elles-mêmes et sur lesquelles nous n'insisterons pas en ce moment.

Qu'il s'agisse d'amaigrissement ou de grossissement, nous avons à considérer deux variétés cliniques. Dans l'une, les modifications de l'embonpoint sont dues à une cause accidentelle dont l'influence est facile à déterminer. Elles surviennent brusquement, ont une durée passagère,

et disparaissent dès que la cause qui les a provoquées cesse d'agir. Dans l'autre, c'est d'une façon insidieuse, lente, progressive, que l'aspect morphologique de l'individu se modifie. La cause occasionnelle est difficile à déterminer, ou tout au moins paraît devoir être reléguée au second plan. Il semble qu'une « nécessité biologique » s'impose, sorte de « poussée évolutive » que le médecin peut bien modérer, mais qu'il est le plus souvent impuissant à enrayer d'une façon définitive, et, à plus forte raison, à faire rétrocéder. Si les modifications morphologiques de la première catégorie peuvent être dites *accidentelles*, nous devons considérer les autres comme d'*ordre évolutif*. Ce sont ces dernières qui marquent d'une façon si nette les étapes de l'évolution d'un si grand nombre d'individus.

On comprend qu'il soit parfois difficile de faire la part de l'évolution et la part de l'accident. D'une façon générale, plus les conditions originelles sont violentes et brutales, plus les modifications de l'embonpoint se sont produites rapidement, plus il y a de probabilité pour que le trouble morphologique soit de nature acciden-

telle. Nous avons affaire alors à une sorte d'état subaigu. Plus au contraire les conditions antécédentes semblent banales et plus l'aspect extérieur du sujet s'est modifié lentement, plus la nature évolutive de l'incident doit être prise en considération. Mais le clinicien doit, avant de rien affirmer, peser toutes les conditions concomitantes, et chercher dans l'évolution antérieure du malade, dans sa façon de réagir aux excitations de tout ordre, dans les qualités d'irritabilité de ses tissus, dans l'examen objectif abdominal, les éléments propres à asseoir son diagnostic.

On conçoit, en effet, qu'un vice du milieu, insignifiant et banal pour un organisme de faible réceptivité, puisse être pour un autre organisme, d'irritabilité plus vive, la cause d'une modification violente de son équilibre morphologique. Si l'on s'en tenait aux apparences, on pourrait croire, dans ce dernier cas, à un trouble évolutif et instituer sur cette fausse donnée un traitement hygiénique préjudiciable au malade.

Une courte observation schématique, exemple d'un type clinique des plus communs, va nous montrer une série d'incidents morphologiques

d'ordre évolutif échelonnés au cours de l'existence d'un sujet.

Vers sa septième année un enfant jusqu'alors vigoureux, trapu, gros mangeur, au ventre légèrement proéminent, se met progressivement à maigrir. L'appétit persiste cependant et l'état général reste bon. Mais l'amaigrissement va s'accentuant et, aux environs de la quinzième année, atteint un degré vraiment excessif. La proéminence abdominale a disparu; dans la station couchée, le ventre est plat ou même creux. Les membres sont longs, grêles; l'ossature est fortement accusée, mais les saillies musculaires effacées. Vers la vingtième année, l'état de l'embonpoint commence à se modifier dans un sens opposé. Les méplats s'effacent, le tissu cellulo-adipeux sous-cutané s'épaissit, les membres s'arrondissent, une sorte d'équilibre paraît s'établir entre la taille et l'embonpoint, et l'aspect extérieur revêt tous les caractères que l'on considère empiriquement comme physiologiques.

Vers vingt-cinq ou trente ans l'engraissement s'accentue; le ventre s'arrondit et redevient proéminent. Le sujet entre dans une nouvelle

phase d'évolution qui va se prolonger pendant un laps de temps plus ou moins considérable. Le contraste avec la période de la jeunesse est des plus saisissants, et nul ne reconnaîtrait dans l'adulte épaissi, aux joues rebondies, aux membres adipeux, au ventre énorme, globuleux, se projetant en avant sous forme de tonneau, le jeune homme d'autrefois, à l'aspect squelettique, aux joues creuses. Mais cet état *florissant* n'a qu'une durée limitée, parfois très courte. Un nouveau changement s'opère soit très lentement, soit d'une façon plus rapide. Les tissus s'affaissent, les joues tombent, l'hypermégalie abdominale entre en régression, la taille s'incurve. L'état d'amaigrissement et de déchéance générale de l'individu frappe l'observateur le moins attentif et le plus superficiel.

Ainsi, à trois phases différentes, nous voyons l'aspect morphologique du sujet se modifier du tout au tout, d'abord dans le sens de la rétraction et de l'amaigrissement, puis dans le sens de la dilatation et du grossissement, enfin et de nouveau dans le sens de l'amaigrissement, mais cette fois avec affaissement et atrophie plutôt qu'avec rétraction

simple. Ces différentes phases se succèdent d'une façon si naturelle, en apparence, qu'on les considère volontiers comme les divers aspects d'un même développement physiologique, opinion que vient corroborer l'absence ordinaire de troubles subjectifs ou leur insignifiance.

Autre exemple de trouble morbide évolutif. Un jeune homme touche au terme de sa période de croissance. On a fondé sur lui des espérances que semblait légitimer son brillant état de santé. De constitution vigoureuse, gros mangeur, il s'est développé régulièrement, ne laissant jamais aucune prise à la maladie. Il a toujours été au-dessus de la moyenne des enfants de son âge comme taille, comme carrure, comme poids, comme force musculaire. Son aptitude aux exercices physiques a contribué à accroître et à précipiter son développement, et souvent il a pu, malgré sa jeunesse, se livrer, sans en être incommodé, aux plus rudes travaux des champs ou de l'atelier, tenant tête avantageusement, comme il le répète volontiers, aux ouvriers plus âgés que lui.

Mais voici que la croissance terminée, et l'arrêt

de la croissance est souvent précoce, un changement lent et progressif s'opère dans la constitution de notre sujet. Sans cause apparente il maigrit et perd ses forces ; son appétit diminue. Ce n'est pas encore la maladie, mais néanmoins un amoindrissement réel de l'organisme. Bientôt des troubles subjectifs, d'abord fugaces et intermittents, apparaissent, dont l'allure hétéroclite désoriente le médecin. Ces troubles subjectifs n'ont par eux-mêmes qu'un intérêt secondaire ; on leur attribue volontiers, mais bien à tort, le mauvais état général et l'amaigrissement du malade. On ne saurait cependant les comprendre si l'on n'a reconnu et compris le trouble évolutif fondamental qui leur a servi de terrain et qui s'est déroulé en deux phases successives, l'une d'exubérance fonctionnelle et morphologique, l'autre d'amoindrissement vital, dont l'apparition a été le signal du déclin. Et une chose échappe toujours à l'observateur, c'est précisément le contraste saisissant de ces deux aspects morphologiques et l'enseignement pathogénique qui en relève.

Voici, d'autre part, une femme arrivée à l'époque de la ménopause. Elle a jusqu'alors été d'un em-

bonpoint notable, grosse mangeuse, mais de force musculaire médiocre. Progressivement la graisse envahit ses tissus ; les hanches, le ventre ne tardent pas à former une masse informe et monstrueuse. L'appétit diminue, les forces sont amoindries, des troubles fonctionnels graves apparaissent (arythmie cardiaque, dyspnée, œdèmes, etc.) L'engraissement de la ménopause, qui vient traduire une torpidité plus grande de la réactivité de l'organisme, est donc le signal d'un déclin ou de l'aggravation d'un déclin depuis longtemps en voie d'évolution. La signification de cette forme évolutive est surtout importante à connaître dans ces cas, qui sont loin d'être rares, où l'embonpoint encore modéré ne semble qu'une rectification esthétique et marche de pair avec un état général brillant en apparence. L'exploration de l'abdomen, en nous montrant une atrophie accentuée du tube digestif, masquée par une paroi abdominale d'une extrême épaisseur, nous permet d'estimer à leur juste valeur les attributs d'une santé enviée par le vulgaire.

Nous ne multiplierons pas ces exemples. Retenons de ce rapide aperçu cette notion que les

modifications morphologiques évolutives apparaissent bien réellement à certaines phases déterminées de l'existence et qu'elles marquent des étapes successives de la vie de l'individu.

Les variations morphologiques d'ordre accidentel sont non moins caractéristiques.

Un cultivateur, vigoureux, bien musclé, d'embonpoint modéré, vient habiter la grande ville. Instantanément son aspect extérieur se modifie. Il engraisse, prend un ventre énorme; son poids s'élève en quelques mois de soixante-dix à quatre-vingt-quinze kilos. Inquiet de cette métamorphose et de quelques malaises qui l'accompagnent, notre homme rentre dans son pays et reprend les travaux des champs. Au bout de quelques semaines, il avait recouvré son aspect antérieur ; le poids était redevenu normal, l'hypermégalie abdominale avait disparu.

Un enfant de treize ans, épais, de taille plutôt au-dessous de la moyenne, passe de l'école à l'atelier ; rapidement se produit une poussée de croissance avec amaigrissement.

Une jeune fille, maigre, d'aspect délicat, com-

mence son apprentissage ; c'est le début d'un engraissement qui en peu de temps la rend méconnaissable, et qui est prêt à disparaître si la vie redevient plus mouvementée et moins confinée.

Un fort, à la période d'*adaptation compensatrice* (1) avec hypermégalie abdominale, est soumis à un surmenage inaccoutumé physique ou cérébral. En quelques jours il perd dix kilos, qu'il récupère rapidement dès que les conditions de son existence redeviennent normales.

La *forme* du mouvement morphologique, rétraction et dilatation, est liée aux conditions actuelles de l'organisme, ou, si l'on préfère, varie suivant les phases de l'évolution. C'est ainsi que telle condition ambiante, agissant sur deux individus d'un même type évolutif à deux étapes différentes, produira chez l'un l'amaigrissement, chez l'autre l'engraissement ; et que la même condition, exerçant son influence sur le même individu à deux époques différentes de son existence, produira à une phase donnée la rétraction, alors que

(1) Voir : SIGAUD, *Traité de la Digestion*, T. Ier, 1900.

dans une phase antérieure elle avait provoqué la dilatation. Nous trouvons là l'explication de ces effets paradoxaux si communs en clinique, qui déconcertent le médecin, font la joie du vulgaire sceptique, et qui sans la connaissance de l'Evolution ne constituent qu'une collection de faits bizarres et inexplicables. Tout le monde sait qu'il est des malades que le lait constipe, d'autres auxquels il donne la diarrhée. Tel aliment, bien toléré à telle époque de la vie, devient l'occasion de troubles digestifs à une époque ultérieure. L'iodure de potassium, qui a fait engraisser à un moment donné, fera maigrir quelques années plus tard. Il serait facile de multiplier ces exemples sur lesquels s'exerce en vain la sagacité des pathogénistes, et que la connaissance de l'Evolution éclaire d'une façon si lumineuse.

Considérons maintenant l'incident morphologique au point de vue de son origine. La clinique nous apprend que les variations accidentelles sont surtout en rapport avec des modifications violentes du milieu extérieur. Les variations évolutives, au contraire, sont conditionnées surtout et avant

tout par l'état biologique antérieur du malade, les qualités du milieu ambiant ne jouant qu'un rôle secondaire.

C'est ainsi qu'une même cause, choc moral, par exemple, qui en pleine période d'état d'adaptation compensatrice avec hypermégalie abdominale chez un Fort, reste sans influence ou ne détermine qu'un état passager d'amaigrissement, sera dix ans plus tard, chez le même malade, à une étape plus avancée de l'évolution, le signal d'un déclin confirmé, effondrement du ventre, affaissement de l'organisme, retour aux formes amaigries de l'adolescence. C'est ainsi qu'un rhumatisme articulaire aigu, qui chez un jeune homme de vingt ans n'est suivi que d'un engraissement passager, sera chez le même individu, à quarante ans, le signal d'un trouble évolutif permanent, engraissement prolongé avec dilatation abdominale.

Les variations morphologiques purement accidentelles sont elles-mêmes liées jusqu'à un certain point, dans leur apparition et leurs formes, à l'évolution de l'individu. Jusqu'à quarante ans, un homme en pleine période d'adaptation compen-

satrice a résisté à tous les assauts de l'existence et tenu tête à toutes les exigences de ses affaires. Non seulement aucun trouble subjectif ne s'est manifesté, mais aucune variation apparente tout au moins ne s'est produite soit dans le poids, soit dans l'hypermégalie abdominale. Mais voici que l'influence de conditions restées jusque-là sans effet, commence à se faire sentir. Un excès de travail, une préoccupation morale, un écart de régime amènent un état subaigu avec amaigrissement. Cet épisode n'a d'ailleurs qu'une durée éphémère et l'organisme se ressaisit avec facilité. Rien d'apparent ne s'était produit jusqu'alors dans la constitution du sujet, et nous voyons cependant qu'il y a en lui quelque chose de changé ; ce changement se manifeste par une impressionnabilité plus grande aux variations du milieu. Suivons notre malade. Quelques mois plus tard un deuxième choc se produit, celui-ci moins important encore que le précédent, nouvel épisode d'amaigrissement, d'une durée plus prolongée que le premier. Nous allons assister à une série de rechutes et de ressaisissements, rechutes de plus en plus accentuées et durables, ressaisissements

de plus en plus lents et incomplets, jusqu'au jour où sous un choc insignifiant l'organisme s'affaisse et ne se relève plus.

On saisit bien dans cette observation l'influence de plus en plus sensible du *moment* de l'évolution et le passage au second plan de la cause occasionnelle. Inversement, les modifications évolutives, bien que commandées par des conditions vitales d'ordre général, prennent quelquefois pour prétexte une cause accessoire qui en précipite l'apparition. C'est ainsi que l'on voit, à la suite d'un traitement ioduré, ou simplement d'une purgation, un organisme, jusque-là d'apparence vigoureuse, s'effondrer brusquement.

Pratiquement on doit donc distinguer les variations morphologiques accidentelles et les variations morphologiques évolutives ; mais il faut bien savoir que leur nature est au fond identique. Nous dirions volontiers que ce sont deux formes d'état subaigu, l'une violente, l'autre insidieuse, l'une à marche rapide, l'autre à lent développement. Ces deux formes morbides trouvent dans les états subaigus prolongés, dont nous avons parlé plus

haut, leur point de contact avec les états subaigus ordinaires qui ont fait l'objet de la première partie de ce chapitre.

Si donc leur distinction est légitime au point de vue clinique, il ne faut pas oublier qu'une même loi préside à leur développement et que leurs différences sont des différences non d'essence, mais d'allure, en rapport avec le mode de réactivité de l'individu.

Telles sont les considérations sommaires que nous devions présenter sur ces états morbides latents que sont les variations morphologiques de l'organisme. Que ceci reste donc un fait acquis : toutes les oscillations autour d'un état morphologique que l'observation autorise à considérer comme fondamental et spécial à un individu donné, doivent être regardées comme le résultat d'un défaut d'adaptation de l'organisme et par conséquent comme des ***états morbides***. Notion importante, puisqu'elle nous permet de parer aux troubles morbides en perspective, sans attendre l'apparition des troubles subjectifs qui coïncident avec une forme déjà plus grave de la maladie, et surtout l'apparition des lésions anato-

miques qui en marquent la phase terminale. Ces états constituent du reste un terrain tout préparé pour l'éclosion d'incidents morbides graves ; leur étude jette une vive clarté sur l'origine des entités classiques, et réduit à leur juste valeur les discussions étiologiques banales qui encombrent la littérature de l'Ecole.

CHAPITRE III

La loi des Prédominances organiques et les localisations morbides. — Les transformations morbides.

I. Prédominances organiques individuelles.

Sommaire. — A la complexité des milieux correspond la complexité de l'organisme. — Dyssymétrie organique. — Elle est une des conditions nécessaires de la régularité du mouvement vital. — Les quatre types organiques fondamentaux, musculaires, digestifs, nerveux, respiratoires, reflètent les quatre formes du milieu cosmique : milieu physique, milieu alimentaire, milieu social, milieu respiratoire.

Toutes conditions égales d'ailleurs, l'équilibre vital persiste tant que l'appareil prédominant trouve dans le milieu extérieur la somme d'excitations qui lui est nécessaire. — L'insuffisance d'excitations entraîne l'insuffisance de l'appareil prépondérant, et, par suite, un état subaigu : le musculaire tombe par défaut d'exercice, le digestif par insuffisance alimentaire, etc. — Valeur pratique de ces faits : en présence d'un malade, chercher d'abord la prédominance organique ; en ce qui concerne l'hygiène thérapeutique, s'adresser avant tout à l'appareil prédominant.

Nous avons supposé jusqu'ici, pour la simplicité et la clarté de l'exposition, un organisme

homogène évoluant dans un milieu lui-même homogène. Nous avons montré, d'une façon schématique, par quel processus général, du défaut d'adaptation de l'organisme avec le milieu où il doit évoluer, naissent les phénomènes dits morbides et les troubles de l'évolution.

Or, l'être et le milieu sont choses complexes. L'organisme est un assemblage d'appareils ayant chacun son excitant naturel, évoluant chacun dans un milieu spécial. Nous savons en outre que la dyssymétrie organique est une des conditions nécessaires de la vie et que l'organisme, en raison même de cette dyssymétrie, puise inégalement aux divers milieux qui l'entourent les excitations indispensables à son fonctionnement. C'est là un fait d'observation banale. Tel individu emprunte toute sa force au mouvement musculaire ; tel autre est, pour ainsi dire, absorbé tout entier dans la vie digestive; un troisième ne trouve les conditions d'un équilibre fonctionnel satisfaisant que dans le travail intellectuel ou les cherche au sein d'émotions artistiques ou mystiques ; un quatrième ne pourra poursuivre sans incident grave les phases successives de son évolution, s'il

ne trouve dans l'air ambiant toutes les qualités vivifiantes qui lui sont nécessaires.

On vient de reconnaître les quatres types principaux : *musculaires*, *digestifs*, *nerveux*, *respiratoires*, sur lesquels nous avons déjà appelé l'attention. Nous avons fait un pas de plus dans la connaissance des types organiques. Ce n'est plus seulement un aspect morphologique grossier, ou bien les qualités de réactivité générale de l'individu, mais bien des aptitudes organiques fondamentales et parfois irréductibles les unes aux autres, qui servent de base à la distinction des individualités diverses. Certes la classification des malades en *forts* et en *faibles* conserve toute sa valeur ; mais nous savons qu'une analyse plus rigoureuse permet de dissocier ces deux catégories élémentaires de sujets, et de grouper les malades autour de quatre types qui semblent embrasser la presque totalité des faits cliniques. Quel que soit du reste le type considéré, nous y trouvons toujours des individus à réactions lentes et prolongées, et d'autres individus à réactions courtes et vives, en un mot des Forts et des Faibles. Dans nos premières publications, nous avions en vue surtout

les digestifs ; mais nous pouvons étendre la même distinction aux musculaires, aux nerveux et aux respiratoires.

Ainsi chaque individu trouve dans la dyssymétrie de son organisme les conditions nécessaires à la régularité de son mouvement fonctionnel et de son mouvement évolutif. Encore faut-il que les qualités du milieu ambiant soient en rapport avec ce que nous pourrions appeler la *puissance attractive* de l'appareil prépondérant ; sinon, une rupture de l'équilibre se produit, qui se manifeste par un état subaigu, c'est-à-dire par un épisode morbide proprement dit ou par un trouble de l'évolution.

Il n'est pas indifférent que ce défaut de rapport soit un excès ou une insuffisance. D'une façon générale les excitations d'une intensité anormale et excessive sont le plus souvent neutralisées : le gros mangeur supporte avec facilité les excès de table, le musculaire la fatigue physique, le cérébral le surmenage intellectuel. L'insuffisance au contraire se manifeste, et souvent avec éclat, par des troubles morbides localisés ou généraux : nul

n'est aussi sensible que le digestif à une diminution même insignifiante de sa ration alimentaire habituelle ; la privation du mouvement et des exercices physiques, bien supportée par un cérébral, entraîne une déchéance rapide du musculaire.

On comprend que ces considérations n'ont de valeur qu'autant qu'elles s'appliquent à l'appareil à prédominance biologique. Des excitations faibles, soit comme qualité, soit comme intensité, sont suffisantes pour mettre en jeu le mouvement d'un organe de médiocre élasticité. Disons, pour être plus exacts, qu'elles constituent une des conditions de la vie de cet organe dont l'expansibilité fonctionnelle est toujours très limitée. Ici c'est l'excès qui est donc à craindre et que l'on voit parfois à l'origine du trouble morbide. Nous reviendrons plus loin sur ce point particulier.

Ce qu'il importe de retenir pour le moment, c'est que — toutes conditions égales d'ailleurs, bien entendu, car nous n'envisageons ici que le rôle et l'influence de l'appareil prépondérant, — l'équilibre vital persiste aussi longtemps que

l'appareil prépondérant trouve dans le milieu extérieur la somme d'excitations qui lui est indispensable pour son fonctionnement propre et la régularité de l'ensemble du mouvement vital. Et cela, en dépit même de l'insuffisance des conditions biologiques des autres appareils : alimentation défectueuse chez les musculaires, vie sédentaire chez les digestifs, etc.

Par contre, l'insuffisance de l'appareil prédominant aboutit rapidement à la faillite de l'organisme. Un politicien vigoureux et turbulent est réduit à l'inaction par une condamnation sévère ; on apprend bientôt que sa robuste constitution est ébranlée et que des troubles morbides l'ont terrassé. Un conscrit, gros mangeur, trouve au régiment une alimentation peu en rapport avec son appétit : voilà une victime toute désignée pour la maladie. Nous sera-t-il permis de faire toucher du doigt incidemment, à ce sujet, l'inanité des discussions sur ce que l'on appelle la *ration alimentaire*, ration alimentaire en général, ration alimentaire du soldat, du manœuvre, etc. ?

En présence d'un état morbide, le médecin doit donc d'abord chercher la prédominance organique, et vérifier dans quelles conditions s'opère le fonctionnement de l'appareil prépondérant. C'est là une question préjudicielle dont la solution importe d'autant plus que souvent l'insuffisance de l'appareil prépondérant a une répercussion rapide sur le fonctionnement général de l'économie et donne naissance à des troubles éloignés capables d'égarer l'observateur. Expliquons-nous.

Voici un jeune homme qui présente au cours de ses études une poussée de croissance avec amaigrissement, des maux de tête, de l'apathie générale. Nous pourrions croire que nous sommes en présence d'un malade de faible élasticité cérébrale, et que la somme de travail qu'on lui impose est au dessus de ses aptitudes intellectuelles ; hypothèse d'autant plus vraisemblable que la médiocrité des progrès scolaires est des plus manifestes. Or, l'observation nous apprend que nous avons à faire soit à un musculaire privé de mouvement, soit à un digestif insuffisamment nourri. Insistons dans le premier cas sur la nécessité de l'exercice physique ; prescrivons dans le

second cas une alimentation abondante en rapport avec les aptitudes digestives du sujet, et nous voyons, en même temps que l'état général se relève, se manifester une plus grande facilité pour les travaux de l'intelligence.

On saisit très nettement dans ces cas, qui sont monnaie courante de la pratique médicale, d'une part la relativité fréquente de ce qu'on appelle le surmenage cérébral, d'autre part l'influence tonique générale de l'appareil prépondérant. Que celui-ci soit l'appareil musculaire ou l'appareil digestif, c'est bien lui dans tous les cas qui doit commander ou guider l'intervention thérapeutique.

La valeur pratique de ces faits à la fois simples et précis ne saurait échapper à personne. Il suffit de les connaître pour comprendre toute la banalité et toute l'insuffisance de tant de conseils thérapeutiques, et pour ne plus se permettre de prescrire soit un changement de climat, soit la *suralimentation*, soit l'exercice physique, en se basant sur les seules données d'un diagnostic d'anémie, de tuberculose ou de neurasthénie. Les faits soi-disant paradoxaux s'éclairent à la lumière

des lois de l'évolution, et celles-ci seules peuvent fournir un point d'appui scientifique aux discussions sans cesse renaissantes sur les dangers de la *suralimentation*, sur les indications et les contre-indications des exercices sportifs, etc...

II. — Les localisations morbides.

Sommaire. — L'état subaigu affecte des localisations diverses. — La connaissance des prépondérances organiques individuelles nous donne la clé de ces localisations, et de toutes les combinaisons que ces localisations peuvent revêtir.

L'appareil prédominant est celui qui l'emporte sur tous les autres par ses qualités de sensibilité et d'élasticité. — Grâce à ces qualités, il constitue un *centre attractif* puissant pour toutes les excitations qui lui sont propres. — Par contre, et pour les mêmes raisons, il réagit plus vivement que tous les autres appareils au contact des chocs extérieurs.

Exemple schématique d'un état subaigu : choc initial, affaissement immédiat de l'organisme, phénomènes réactionnels consécutifs. — Ceux-ci se localisent à l'appareil prédominant, si la dyssymétrie organique est très accusée. — Ils se généralisent, au contraire, si la dyssymétrie est mal dessinée. — Entre ces deux cas extrêmes, tous les intermédiaires.

Application clinique de la loi générale aux cas particuliers dans lesquels le choc frappe soit l'organisme dans son ensemble, soit l'appareil prépondérant, soit un appareil d'ordre hiérarchique secondaire.

Notre étude nous a conduits à un premier groupe de résultats positifs. Nous avons saisi le fait morbide, — état subaigu, trouble évolutif, — à l'une de ses origines, la plus simple, la plus fréquente peut-être. Après avoir rappelé la loi de la dyssymétrie des organes chez l'homme, nous

avons montré dans quelles conditions les prépondérances individuelles favorisaient la résistance de l'organisme ou en entraînaient la chute; et nous avons laissé entrevoir comment on pouvait comprendre la variabilité d'action, si paradoxale en apparence, des influences causales morbigènes. Nous savons pourquoi tel choc, capable d'ébranler profondément l'organisme dans une circonstance donnée, restera sans influence dans d'autres circonstances, identiques à ce qu'il semble ; et les termes de réceptivité, de prédisposition morbide perdent leurs caractères de puissances occultes et mystérieuses pour revêtir ceux de notions déjà plus véritablement scientifiques.

Certes, nous sommes loin encore de la réalité des choses, et la complexité toujours croissante du problème serait bien faite pour décourager, si l'on n'avait la certitude de tenir le vrai fil conducteur, si l'on ne se sentait soutenu à chaque pas dans la marche en avant par l'expérience et par des faits d'une lumière éclatante.

Nous abordons maintenant la question relative aux modalités si diverses que peut affecter l'état morbide. Quelle est la raison de cette diversité ?

Il est des individus dont toute la vie pathologique semble graviter autour d'un système anatomique : chez l'un, c'est le tube digestif, chez l'autre, l'appareil broncho-pulmonaire, chez un troisième, l'appareil sensitif général, etc. Chez tel sujet, l'état subaigu revêt les caractères d'une maladie locale ; chez tel autre, les épisodes morbides semblent s'étendre à l'économie tout entière et prennent les allures d'une affection générale avec ou sans réaction fébrile.

Devons-nous considérer cette variabilité de manifestations comme livrée aux caprices du hasard, ou supposer au contraire, sous ce désordre apparent, l'ordre réel que la science assigne aux phénomènes de la nature ? La clinique va nous répondre et nous montrer que là encore un déterminisme rigoureux vient satisfaire les exigences de l'esprit, et que c'est dans la connaissance des prépondérances organiques individuelles que nous devons chercher le *principe des localisations morbides*.

Un premier fait à noter, qui découle naturellement de toutes les considérations qui précèdent,

c'est que l'appareil prédominant est celui qui l'emporte sur tous les autres par ses qualités de *sensibilité* et *d'élasticité*. C'est du reste à ces qualités originelles qu'il doit et son développement ultérieur et sa primauté physiologique, si toutefois le milieu extérieur a répondu à ses exigences.

Nous avons insisté déjà sur la *puissance attractive* de l'organe prépondérant pour toutes les excitations qui lui sont propres, et nous savons combien elle contraste souvent avec l'indifférence de l'organisme vis-à-vis des autres milieux. D'instinct le musculaire recherche la vie active et le mouvement; d'instinct le respiratoire va puiser dans un air vivifiant le tonus nécessaire à sa vie. L'affinité d'un système organique pour son excitant naturel est parfois telle qu'elle imprime à l'habitus physique et moral du sujet des stigmates réellement spécifiques. Il est des individus qu'il suffit de regarder agir ou d'écouter quelques instants pour voir, sous une forme ou sous une autre, jaillir sur leur physionomie ou s'imprimer dans leurs gestes l'expression de leurs aptitudes organiques.

Par contre, l'appareil prépondérant doit à ces mêmes qualités d'impressionnabilité et d'élasticité de ressentir plus vivement que tous les autres, et avant tous les autres, toutes les modifications du milieu extérieur. Nous savons que l'organisme forme un ensemble dont toutes les parties réagissent à l'unisson et que les modifications portant sur un point de l'économie, ont leur répercussion sur l'économie tout entière. Il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, les troubles morbides se localisent d'une façon prépondérante au niveau d'un appareil, au point d'accaparer toute la scène : illusion qui a contribué à donner naissance à l'idée des *entités morbides*. C'est le rôle de l'organe prépondérant dans ces localisations que nous avons à envisager actuellement.

Un choc extérieur vient surprendre l'organisme; peu importe sa nature : choc moral ou choc digestif, choc infectieux ou choc traumatique. L'organisme est frappé dans son ensemble ; une modalité nouvelle est créée, caractérisée par un état d'*affaissement général* de l'économie, ainsi qu'en témoignent à la fois, comme nous l'avons déjà

montré, et les signes fonctionnels (asthénie, prostration, etc.), et les signes physiques (flaccidité des tissus, aplatissement et empâtement du ventre). Sur cet état d'affaissement, phénomène initial, vont se greffer immédiatement des ***phénomènes réactionnels***. Jusqu'ici, pas de place à la discussion. Après l'action, la réaction ; l'organisme, momentanément terrassé et inhibé, cherche à se relever et réagit.

L'intensité des phénomènes réactionnels est en raison directe du degré de l'affaissement primitif, c'est-à-dire proportionnée au degré de sensibilité et d'élasticité organiques du malade. Nous savons, en effet, que l'affaissement produit par un choc morbide est d'autant plus accentué que les qualités de réactivité de l'organisme sont plus exquises. Plus l'état d'affaissement originel sera prononcé, plus les phénomènes de réaction seront violents.

D'autre part, ces phénomènes réactionnels ne présentent pas d'une façon absolue ni constante le même degré d'intensité sur tous les points de l'économie. Plus la dyssymétrie organique est accusée, c'est-à-dire plus les appareils se différen-

cient entre eux par les qualités de leur élasticité et de leur sensibilité, plus les phénomènes réactionnels locaux vont se différencier les uns des autres au point de vue de l'intensité. C'est au niveau de l'appareil prépondérant qu'ils seront le plus accusés, et, si la prédominance biologique de l'appareil est à ce point marquée qu'elle paraît en quelque sorte exclusive, nous aurons au niveau de cet appareil une localisation morbide franchement *limitée*. C'est ainsi que nous verrons, à la suite d'un coup de froid, d'une émotion morale, ou d'un choc digestif, les phénomènes réactionnels de l'état subaigu se localiser soit au cerveau, soit à l'appareil respiratoire, soit à l'appareil digestif, suivant que la prédominance organique aura pour lieu d'élection l'un ou l'autre de ces appareils, et se manifester alors soit par une migraine, soit par une crise d'asthme, soit par une crampe d'estomac.

Si, au contraire, la dyssymétrie organique est peu accusée, c'est-à-dire si les divers appareils de l'économie ne se différencient les uns des autres que par de faibles nuances dans leurs qualités d'élasticité, les phénomènes réactionnels de l'état

subaigu se manifesteront avec une intensité à peu près égale sur plusieurs points de l'économie, et nous aurons alors des localisations morbides multiples, une *généralisation* plus ou moins complète de la maladie.

Telle est la loi générale. — En présentant la question sous une autre forme, c'est-à-dire en envisageant d'une façon spéciale la localisation du choc morbide, nous allons pouvoir compléter les notions que nous venons d'exposer et les illustrer par de nouveaux exemples.

Nous avons à considérer trois ordres de faits, suivant que le choc morbide frappe l'organisme dans son ensemble ou plus particulièrement soit l'appareil prédominant, soit un appareil d'ordre hiérarchique secondaire.

1° Il est des cas où le choc morbide ne se localise d'une façon particulière à aucun des appareils de l'économie et frappe l'organisme dans sa totalité; soit parce qu'il est essentiellement complexe (vie confinée, par exemple, où la viciation de l'air et l'insuffisance d'exercice se combinent avec le surmenage cérébral ou le défaut d'alimen-

tation), soit parce qu'il porte sur une vaste surface de l'organisme (refroidissement et autres accidents d'origine météorologique), soit enfin que par sa violence et sa spécificité il triomphe facilement de toutes les spontanéités vitales, comme c'est le cas dans les maladies infectieuses et dans les traumatismes graves.

Dans ces cas, nous avons toujours comme phénomène primordial un affaissement de l'organisme, affaissement d'autant plus violent que le choc a été plus brutal. Quant aux phénomènes réactionnels, ils sont à la fois tumultueux et disséminés. La dyssymétrie organique cède le pas, au point de vue de l'influence directrice, à l'ébranlement profond produit par le choc morbide et l'état subaigu revêt les allures d'une maladie générale, courbature, asthénie, manifestations douloureuses d'intensité et de siège divers, décoloration des téguments et des muqueuses, inappétence, troubles digestifs, glycosurie, réaction fébrile, etc., sans compter, bien entendu, les signes spécifiques, lorsqu'on à faire à un choc infectieux. Il est rare cependant qu'un groupe de symptômes bien déterminés n'attire pas d'une

façon spéciale l'attention de l'observateur ; ce seront, par exemple, tantôt des phénomènes nerveux, tantôt des troubles digestifs, etc. Or, c'est toujours au niveau de l'appareil à prédominance biologique que se fait la localisation symptomatique principale. C'est en vertu de cette loi que prennent naissance les *formes cliniques* des maladies infectieuses, formes gastro-intestinale, pulmonaire, cérébrale, nerveuse, de la fièvre typhoïde, de la grippe, du rhumatisme articulaire aigu, etc...

2° Dans un autre ordre de faits, l'appareil prépondérant est directement atteint par les conditions défectueuses ambiantes. Nous savons que l'insuffisance des excitations physiologiques est très fréquemment l'origine de l'état subaigu : le musculaire tombe par défaut d'exercice ; le digestif, par insuffisance alimentaire ; le respiratoire, par altération des qualités physico-chimiques de l'air ambiant. Il est plus rare de voir la défaillance d'un cérébral : le cerveau ne reste pas volontiers oisif. Un écrivain célèbre, auquel l'un de nous conseillait le repos intellectuel, s'y refusait avec obstination et répondait que cesser

de travailler équivaudrait pour lui à cesser de vivre.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer encore avec quel merveilleux instinct chaque type organique sait puiser dans le milieu ambiant, quelle que soit la profession que le destin lui ait assignée, les excitations spécifiques propres à assurer son mouvement vital. Que de musculaires trouvent, même dans une carrière libérale, l'occasion de l'activité et de l'agitation dont ils ont besoin ! Que d'ouvriers, par contre, savent, même dans les professions manuelles les plus humbles, découvrir l'élément intellectuel qui donne à leur existence laborieuse le stimulant indispensable ! Ne trouvons-nous pas là, du reste, l'origine d'un grand nombre de perfectionnements et de progrès dont bénéficient chaque jour l'industrie et les arts ?

Quoi qu'il en soit, dans les cas que nous envisageons en ce moment, — insuffisance du stimulus de l'appareil prépondérant, — les phénomènes réactionnels de l'état subaigu se localisent au niveau de cet appareil d'une façon exclusive, tout au moins dans les premières phases de la maladie.

Bien qu'alors les faits soient en concordance avec la logique, ce n'en est pas moins avec surprise qu'un observateur non prévenu constatera l'asthénie profonde produite par l'inactivité ou la vie sédentaire chez un individu dont la puissante musculature semble défier la *fatigue;* ou bien encore l'effondrement abdominal avec crises gastriques, occasionné chez un digestif par une insuffisance alimentaire souvent insignifiante et dont le malade n'a même pas conscience.

Ce qu'il y a de surprenant en effet (nous dirions volontiers de paradoxal, s'il n'y avait un intérêt réel à expulser du langage scientifique ce vocable équivoque), c'est précisément de voir que, de deux individus, un cérébral, par exemple, et un digestif, c'est le digestif, c'est-à-dire celui qui par définition a l'appareil gastro-intestinal le plus élastique et le plus vigoureux, qui supportera le plus difficilement la diète ou même une simple diminution de sa ration alimentaire habituelle. On a posé la question de la durée de la survie dans les cas d'inanition et on l'a résolue en faisant intervenir soit l'âge, soit le sexe, etc. Or, il n'y a aucun doute que la connaissance des types orga-

niques peut seule donner une solution certaine, et que la survie n'est jamais en faveur des digestifs.

Ces faits sont très simples, malgré leurs apparences complexes. Pour les comprendre, il suffit de se rappeler que le principe qui domine tout n'est pas tant la nature du choc morbide que le mode suivant lequel l'organisme prend *contact* avec le milieu extérieur et l'*énergie* de ce contact.

Voici un musculaire. Sa sensibilité vis-à-vis du milieu alimentaire est faible; la prise de contact avec l'aliment lui est en quelque sorte indifférente. Pourvu que ce musculaire trouve dans le milieu physique proprement dit et en quantité suffisante les excitations nécessaires, il supportera sans inconvénient une diète qui tuerait un digestif. Chez le musculaire le régime passe toujours au second plan.

Voici, d'autre part, un digestif. L'attraction pour le milieu alimentaire est ici des plus puissantes. C'est l'aliment qui d'une façon prépondérante *tient*, par le tonus digestif, le tonus vital. La diète produira chez ce digestif un choc énorme dont

tout l'organisme ressentira violemment le contre-coup.

Nous avons plus haut signalé ce fait que, grâce à son élasticité, l'appareil prépondérant résiste longtemps aux excitations d'intensité excessive (excès de table chez les gros mangeurs, surmenage physique chez les musculaires, surmenage intellectuel chez les cérébraux). Il n'en est pas moins vrai que, lorsque la limite de cette élasticité est dépassée, l'état subaigu apparait, avec localisation des phénomènes réactionnels à l'appareil surmené. Lorsqu'il ne s'agit que d'un choc accidentel et passager, quelle que soit la violence de ce choc, le ressaisissement de l'organisme est rapide, en raison même des qualités d'élasticité exceptionnelle de l'organe frappé.

3° Il nous reste à considérer un dernier groupe de faits, ceux dans lesquels le choc morbide a porté son action sur un appareil organique d'ordre hiérarchique secondaire. Deux cas peuvent se présenter.

Le plus souvent, la localisation de l'état subaigu se fait encore au niveau de l'appareil prédominant, suivant la loi générale. Le côté sur-

prenant de ces faits est précisément l'indifférence apparente de l'appareil atteint par le choc morbide et l'apparition de troubles fonctionnels sur un point de l'économie qui n'a avec cet appareil aucune relation physiologique ou anatomique directe. Nous avons là un exemple des plus saisissants, d'une part, de la suprématie réactionnelle de certains appareils, variables suivant les individus, et de la réelle valeur de la loi de la dyssymétrie organique ; d'autre part, du consensus fonctionnel qui unit tous les actes vitaux de l'économie. C'est ainsi que l'on voit le surmenage musculaire, bien loin de se traduire par de la faiblesse ou de l'impotence motrice, se manifester, suivant les prédispositions organiques, chez l'un par de l'impuissance intellectuelle, chez un autre par des troubles de la digestion, chez un troisième par des douleurs diffuses ou de la céphalalgie. Rien n'est plus instructif à cet égard que de voir, par exemple, des crampes d'estomac ou des migraines tenaces, qu'aucune diététique n'a pu influencer, disparaître par le simple repos, chez des individus épuisés par un travail physique quelconque et ne se doutant nullement de l'amoindrissement,

profond cependant, de leur réactivité musculaire.

Il est des cas cependant où l'intensité du choc morbide triomphe de l'inertie d'un appareil organique ou de son défaut de réactivité. Une émotion violente, par exemple, peut créer un état psychique grave, et d'autant plus grave que l'insuffisance d'élasticité du cerveau entretient d'une façon permanente l'état subaigu, ou tout au moins met un obstacle durable au ressaisissement. On peut dire d'une façon générale que tout état subaigu localisé à un appareil d'ordre hiérarchique secondaire implique un choc d'une certaine intensité et comporte un pronostic sérieux.

III. — Transformations morbides.

Sommaire. — On voit généralement, au cours de l'existence de l'individu, et parfois dans le cours d'un même état subaigu, varier ou alterner le siège des localisations morbides. — La localisation se fait au niveau de l'appareil prédominant, tant que celui-ci conserve son excitabilité. — Lorsque l'appareil prédominant a perdu son excitabilité, l'appareil suivant dans l'ordre de la hiérarchie organique devient le siège de la localisation morbide. — Lorsque celui-ci devient à son tour inexcitable, un troisième appareil entre en scène, etc. — L'appareil cardiorénal se prend en dernier lieu. — Si l'excitabilité d'un appareil n'est que momentanément inhibée, cet appareil peut de nouveau devenir le siège d'une localisation morbide. — Telle est la loi qui règle les transformations et les alternances morbides.

Si nous suivons un malade dans son évolution, nous voyons généralement les localisations morbides varier de siège. Souvent la maladie envahit indifféremment et sans ordre apparent toutes les régions de l'organisme, se localisant tantôt sur un point, tantôt sur un autre; frappant de nouveau un appareil après l'avoir délaissé pendant plusieurs années; d'autres fois abandonnant définitivement un organe, siège habituel des réactions pathologiques, pour se cantonner au niveau d'un

autre organe qui jusqu'alors avait opposé une résistance efficace aux conditions morbigènes.

Dans un cas, par exemple, nous voyons des troubles gastriques anciens faire place à des troubles intestinaux ou hépatiques, ou bien des névralgies des membres succéder à des névralgies de la face ; dans d'autres cas, des crises de migraine seront remplacées par des crises d'asthme ; ou bien encore des douleurs articulaires disparaîtront et l'on verra surgir des localisations symptomatiques du côté du système nerveux, du foie ou de l'appareil cardio-rénal, etc.

L'observation montre que, dans ces cas divers, c'est toujours, suivant la règle générale, l'appareil à prédominance biologique qui est frappé le premier. Mais, à mesure que son pouvoir réactionnel s'épuise, les symptômes morbides s'atténuent progressivement jusqu'à disparition complète. C'est alors l'appareil ou une portion de l'appareil le mieux doué au point de vue de l'élasticité et de la réactivité, qui devient à son tour le siège des signes révélateurs de l'état subaigu ; d'une façon passagère, si l'élasticité de l'appareil prépondérant n'est que momentanément inhibée ;

d'une façon définitive, si l'appareil prépondérant est définitivement inapte à réagir. On comprend qu'en vertu du même principe de l'épuisement de l'excitabilité des organes sous l'influence de phénomènes réactionnels prolongés, un troisième, un quatrième appareil, etc., puissent successivement entrer en scène et devenir à leur tour le lieu d'élection de la maladie.

Ce fait de l'épuisement de l'excitabilité succédant à une hyperexcitabilité prolongée est en conformité avec les lois de la physiologie générale. Les organes ou tissus soumis à des excitations artificielles manifestent bientôt leur épuisement. Les battements du cœur, un instant suspendus par l'excitation du pneumo-gastrique, ne tardent pas à réapparaître malgré la persistance de l'excitation du nerf; la dilatation vasculaire succède à la contraction suscitée par l'excitation du sympathique ; la fibre musculaire cesse de réagir, après une série d'excitations repétées, etc.

Fait digne de remarque, les localisations cardiaque et rénale sont les plus tardives. C'est seulement lorsque les appareils qui sont en contact

direct avec les agents extérieurs, et que pour cette raison nous pouvons appeler ***appareils périphériques***, ont épuisé leur pouvoir de réactivité, que l'***appareil central*** ou cardio-rénal devient à son tour le siège des manifestations morbides. C'est là une loi que n'infirment ni les albuminuries de l'enfance et de l'adolescence, ni les néphrites des états subaigus violents. Nous ne pouvons que signaler ici ce point intéressant, qui doit être traité dans une publication prochaine avec tous les développements qu'il comporte.

Nous connaissons maintenant le principe qui règle les alternances et les transformations morbides échelonnées, pour ainsi dire, au cours de l'existence de l'individu. Le même principe est applicable aux transformations morbides qui se succèdent dans le cours d'un même état subaigu.

Une jeune fille de dix-huit ans est prise, à la suite de l'ingestion de bière glacée, de vomissements et de diarrhée, bientôt suivis d'une céphalalgie atroce avec fièvre et symptômes méningitiques (raideur de la nuque, diplopie, puis amaurose, etc.). Au bout de quelques jours, toute cette

phénoménologie bruyante et inquiètante s'apaise. La malade semble entrer en convalescence, lorsque l'apparition d'un point extrêmement douloureux, avec dyspnée intense et cyanose, point localisé au niveau des insertions diaphragmatiques, vient faire craindre une inflammation pleurétique. Peu à peu cependant les symptômes s'amendent et la guérison est considérée comme prochaine. Une *phlegmatia alba dolens*, d'abord localisée à l'un des membres inférieurs, puis quinze jours après à l'autre membre, vient inspirer de nouvelles inquiétudes.

Ce violent état subaigu à point de départ digestif, dont nous n'avons analysé que les grandes lignes, et qui s'est accompagné jusqu'à la fin de troubles généraux graves (prostration, amaigrissement, etc.) et d'une longue convalescence, n'a pas eu une durée moindre de trois mois.

Que pour l'interprétation pathogénique de cette observation on fasse appel à l'infection ou à l'intoxication (nous croyons, pour notre part, à un ébranlement profond de l'organisme de nature mécanique), nous sommes bien obligés de convenir que le choc violent subi par l'organisme a

successivement épuisé son action sur diverses régions de l'économie, que la vraie raison de cette série *successive* de manifestations morbides réside dans l'épuisement *successif* du pouvoir réactionnel des divers organes frappés, et que nous avons eu à faire en somme à un seul et même état subaigu, c'est-à-dire à un affaissement de l'organisme à manifestations multiples et consécutives.

Cette façon d'envisager les choses est la seule adéquate aux faits et par conséquent la seule éminemment pratique. Sous des apparences protéiformes, la maladie est *une*. Le médecin ne doit pas perdre de vue l'état fondamental, toujours identique, quelles que soient les formes symptomatiques revêtues par la maladie; car c'est cet état fondamental qui doit servir de base à l'hygiène thérapeutique. Rien ne serait plus vain ni plus dangereux que de se laisser hypnotiser par le signe morbide et de vouloir, comme on a trop de tendance à le faire, entrer en lutte avec lui. Viser le symptôme apparent, combattre l'entité (et, dans l'observation que nous venons de citer, nous pourrions diagnostiquer trois entités différentes),

ce serait chercher, non pas la guérison, mais le déplacement de la localisation morbide, ce serait parfois transformer un trouble fonctionnel bénin en une affection grave. Nous n'insisterons pas davantage; il n'est pas besoin d'une longue pratique pour être vite convaincu que, s'il est des transformations que l'on peut qualifier à la rigueur de spontanées, il en est d'autres, nombreuses il faut bien le dire, qui n'ont d'autre origine que des interventions thérapeutiques inconsidérées.

CHAPITRE IV

La loi de la synergie fonctionnelle. — Le procédé de l'exploration externe du tube digestif.

I. La loi de la synergie fonctionnelle.

SOMMAIRE. — Chacun de nos appareils a ses excitants spécifiques, mais tous *vibrent* à l'unisson et d'une façon simultanée. Quel que soit le point excité, les effets d'une excitation *se généralisent* instantanément à l'organisme tout entier, mais avec des différenciations objectives régies par la loi de dyssymétrie organique : c'est la *synergie fonctionnelle*, différente de l'*harmonie des fonctions de la vie* des physiologistes. — L'exploration externe du tube digestif nous donne une preuve de la synergie fonctionnelle : simultanéité et parallélisme réactionnels des trois segments, estomac, grêle et côlon, dans la fonction régulière comme dans la maladie. — L'analyse des autres fonctions concorde avec les données de l'exploration digestive. — Quelques interprétations pathogéniques éclairées par la notion de la synergie fonctionnelle.

Les divers appareils qui entrent dans la constitution de l'organisme sont étroitement solidaires les uns des autres. Chacun d'eux, bien que réa-

gissant d'une façon particulière au contact d'un excitant spécifique, n'en subit pas moins l'influence des excitations qui mettent en jeu l'activité des autres appareils, ou celle des mouvements engendrés par ces excitations.

Les faits biologiques ne peuvent donc être envisagés isolément et en dehors des conditions naturelles qui président à leur apparition. L'erreur des physiologistes est précisément de vouloir nous imposer, comme absolus et définitifs, nombre de faits qui, malgré leur intérêt et leur réalité, n'ont évidemment qu'une valeur très relative, au point de vue biologique humain, en raison du déterminisme artificiel et par trop simple qui les régit.

L'organisme forme un *bloc* homogène, malgré la différenciation des éléments anatomiques qui le composent. Sous l'influence des excitations de toute nature qui lui viennent de la périphérie, il entre en vibration. D'une façon *simultanée*, tous ses éléments, réglant leur mouvement moléculaire sur le mouvement moléculaire ambiant, mettent en jeu leurs activités spéciales ; toutes ces activités s'actionnent réciproquement les unes les autres pour se fondre

finalement dans un harmonieux consensus qui constitue le rythme vital particulier à l'individu.

Les faits qui viennent à l'appui de cette loi de la *synergie des fonctions de l'organisme* sont de constatation journalière. C'est ainsi que l'on voit, parallèlement aux réactions cérébrales occasionnées par une émotion, se produire des modifications dans le travail digestif ou dans la contractilité musculaire. C'est ainsi que l'excitation suscitée par le contact de l'aliment avec les tuniques digestives se traduit instantanément par des oscillations correspondantes de la circulation générale ou de la mécanique respiratoire. C'est ainsi encore que le stimulus qui réveille la contraction musculaire ou le mouvement engendré par ce stimulus va du même coup accélérer ou ralentir la digestion, entraver ou favoriser le travail de la pensée. Ce n'est donc pas une boutade dénuée de base scientifique de prétendre que tel individu digère autant à l'aide de ses membres qu'avec son estomac, et que tel autre emprunte à ses muscles le meilleur de son esprit.

Les exemples qui précèdent nous montrent la *simultanéité* des effets d'une même excitation sur différents points de l'organisme. Le biologiste ne doit point ignorer la *généralisation* de ces mêmes effets à l'organisme tout entier. Certes, cette généralisation n'est pas toujours évidente ; elle ne présente pas du reste partout le même degré d'intensité. Il est des sujets, par exemple, chez lesquels l'exercice musculaire, capable de remanier profondément la tonicité digestive, n'apportera pas de modification appréciable dans le champ d'excursion de l'élasticité cérébrale. Nous savons, en effet, que les divers appareils de l'économie ne possèdent, pas plus chez le même individu que chez des individus différents, les mêmes qualités d'irritabilité et de réactivité ; que les phénomènes réactionnels ont leur maximum d'intensité au niveau des organes les mieux doués au point de vue de la *vibratilité*, et que, par conséquent, la généralisation du mouvement moléculaire produit par une excitation localisée, évidente sur un point de l'économie, ne se présentera sur d'autres points qu'avec des caractères effacés et sous une forme fruste.

Du reste, les exemples de cette généralisation sont-ils si rares? Ne voit-on pas fréquemment l'excitation alimentaire transformer instantanément l'organisme? Ne suffit-il pas d'une insignifiante modification dans les qualités physiques de l'air qui vient stimuler la muqueuse respiratoire pour dilater plus largement la poitrine et simultanément ouvrir l'appétit, donner de la vigueur aux muscles, modifier l'élasticité cérébrale et imprimer à la pensée une orientation nouvelle ?

De ces premières données se dégage donc une conclusion pratique : agir sur un organe, c'est agir sur l'ensemble des organes ; modifier une fonction, c'est modifier toutes les fonctions ; rétablir l'ordre sur un point de l'économie, c'est rétablir l'ordre dans l'économie tout entière.

On voit que la synergie fonctionnelle, telle que nous la comprenons et telle que nous la révèle l'observation clinique, diffère essentiellement de ce que les physiologistes ont désigné sous le nom d'*harmonie des fonctions de la vie*.

Les physiologistes, en effet, ont constaté expé-

rimentalement la subordination de certaines fonctions les unes aux autres : la circulation sanguine favorisant la contraction musculaire, et celle-ci, à son tour, entretenant et activant la circulation du sang; l'activité des cellules nerveuses, conditionnée par l'afflux du sang, déterminant à son tour l'afflux sanguin nécessaire à sa production, etc. Mais, si, dans les expériences du laboratoire, on peut vérifier la succession constante de deux phénomènes donnés paralysie d'un membre consécutive à la ligature de l'artère principale de ce membre , dans les conditions où s'exercent naturellement les fonctions de la vie, on n'observe jamais que des faits simultanés, et rien n'autorise à conclure à l'action de ces faits les uns sur les autres, à établir entre eux une relation de causalité. Le mouvement d'un organe n'entraîne pas le mouvement d'un autre organe, et, si les fonctions se conditionnent les unes les autres, c'est seulement dans l'espace et non dans le temps. Ce n'est pas parce que la digestion est accélérée ou la circulation sanguine plus active, que le cerveau réagit avec plus de vivacité. Tous ces actes fonctionnels sont simultanément modifiés, avec telle

ou telle orientation, par les variations des conditions du milieu.

En résumé, chaque appareil, en même temps qu'il obéit aux sollicitations de son excitant naturel, subit l'ébranlement que les excitations des autres appareils lui communiquent et dont il enregistre comme eux, bien qu'avec une moindre amplitude, toutes les oscillations. L'excitation alimentaire, par exemple, ne limite pas ses effets à l'appareil digestif; elle se propage du même coup au cœur, aux poumons, au cerveau, aux muscles, etc., et vient joindre son influence à celle des excitants spécifiques de ces organes. On pourrait donc avec raison appliquer à l'ensemble de nos appareils la devise connue : *tous pour un, un pour tous.*

Ces considérations générales, quelque élémentaires qu'elles soient, seraient déjà suffisantes pour éveiller dans l'esprit de l'observateur l'idée de la corrélation des fonctions. L'exploration abdominale va nous en fournir une preuve décisive, la preuve anatomique.

Dès le début de nos recherches, nous avons été

frappés de certains faits qui nous autorisaient à accorder aux différents segments de l'appareil digestif un consensus réactionnel que nul encore ne semblait avoir soupçonné. Alors, en effet, que les classiques nous avaient appris à dissocier avec soin le fonctionnement des diverses parties du tractus gastro-intestinal, à considérer d'une façon indépendante la digestion gastrique et la digestion intestinale, à envisager séparément les *maladies* de l'estomac et les *maladies* de l'intestin, nous constations toujours et dans les cas les plus divers, grâce à l'emploi méthodique de l'Exploration externe du tube digestif, les signes d'une réactivité à la fois simultanée et généralisée à tous les segments.

Procédons à l'exploration abdominale chez une série de malades. Nous voyons, dans un cas donné, à la distension et à la résonance gastrique correspondre la distension et la résonance cœcale, au spasme du pylore le spasme du côlon transverse et du côlon descendant ; dans un autre cas, la rétraction de l'estomac coïncider avec la rétraction de tout le tractus colique qui revêt l'aspect d'un cordon de calibre uniforme ; dans un troisième

cas, l'affaissement de la poche gastrique, marcher de pair avec l'affaissement de tout le canal colique qui se révèle sous la forme de petites cavités rubanées, vides ou gargouillantes, etc.

Suivons l'évolution d'une phase digestive. Immédiatement après l'ingestion alimentaire, le réservoir gastrique et le réservoir cœcal se distendent et donnent à la percussion un son d'une résonance basse et intense pendant que la sonorité de l'intestin grêle est faible et élevée. A mesure que l'on s'éloigne du repas, résonance et distension diminuent parallèlement dans les cavités-réservoirs, en même temps que le son de l'intestin grêle baisse de tonalité. Parfois, nous assistons à une sorte de balancement entre la sonorité de l'estomac et celle de la région abdominale inférieure, où sont tassées les anses du petit intestin. Nous voyons la résonance de tonalité basse, qui correspond à la zone gastrique, s'affaiblir et la tonalité du son devenir franchement élevée, pendant que parallèlement la sonorité sous-ombilicale, tout d'abord élevée, fait place progressivement à un son plus intense et plus bas. Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples qui nous montrent la simul-

tanéité et le parallélisme des réactions fonctionnelles de l'estomac, du cœcum et du grêle.

Voulons-nous constater la synergie réactionnelle dans la maladie? Prenons un cas des plus simples.

Un individu est frappé, à la suite d'un refroidissement, d'un état subaigu qui, subjectivement, se manifeste par des crampes d'estomac. Certes, il ne serait pas besoin d'une analyse clinique minutieuse pour nous montrer, concurremment aux douleurs gastriques, d'autres manifestations symptomatiques de la maladie non moins évidentes. Mais limitons notre observation aux faits objectifs abdominaux. Le ventre est affaissé sur toute son étendue, aussi bien dans la région sus-ombilicale qui correspond à la cavité gastrique que dans la région sous-ombilicale qui répond au côlon et à l'intestin grêle ; il a la forme d'une cuvette limitée par les rebords osseux du thorax et du bassin. A la palpation superficielle, sensation générale d'empâtement diffus. A la palpation profonde, estomac se révélant comme une poche inerte et sans tension, et donnant à la succussion du thorax, sur une faible surface, le bruit de clapo-

tage et la sensation de flot ; impossibilité de circonscrire sur aucun point de leur trajet les segments du côlon ; celui-ci se confond dans la masse viscérale de l'abdomen inférieur, laquelle donne à la main, qui pratique le palper, l'impression si caractéristique de *chiffon mouillé*. A la percussion, son obscur de toute l'aire abdominale avec petites zones disséminées et « erratiques », où apparait d'une façon intermittente et fugitive l'éclat d'un tympanisme aigu.

Ainsi, une modalité morbide qui se traduit par des troubles subjectifs exclusivement limités à l'estomac, se révèle, grâce au procédé de l'exploration externe, comme ayant en réalité pour substratum anatomique le tractus gastro-intestinal tout entier.

Suivons notre malade. Progressivement, sous l'influence d'un traitement hygiénique rationnel, nous voyons la forme du ventre se modifier. L'évidement disparait, l'aspect globuleux se dessine; l'empâtement diminue, des crépitations de plus en plus grosses éclatent sur le trajet du côlon, nous pouvons circonscrire les contours de cet organe, dont la forme ampullaire ou

cylindrique devient de plus en plus distincte ; le flot gastrique disparaît ; la sonorité abdominale reprend son éclat et nous voyons se dessiner bientôt les trois zones du damier physiologique : zone de sonorité intense et basse au niveau de l'estomac ; zone de sonorité moins intense et plus élevée au niveau du cœcum ; zone de submatité de l'abdomen inférieur, correspondant à l'intestin grêle.

En résumé, synergie des différents segments digestifs dans l'affaissement consécutif au choc morbide, synergie des mêmes segments dans le relèvement, tel est l'enseignement qui découle directement de cette observation schématique. La corrélation des signes physiques, et la corrélation des réactions des différents segments s'imposent avec une telle netteté à l'observateur, que l'on peut conclure, non seulement de tel aspect du ventre à tel aspect morphologique du côlon, de telle forme du côlon à telle modalité sonore, mais encore de tel mode réactionnel d'un segment digestif à tel mode réactionnel similaire de tous les autres segments.

Cette notion du *consensus de tous les segments de l'appareil digestif*, que l'exploration abdominale rend irréfutable, la clinique nous autorise-t-elle à l'étendre à tous les appareils de l'économie ? Nous pouvons répondre par l'affirmative. Certes, nul appareil ne possède, au même degré que l'appareil digestif, cette mobilité, cette variabilité, cette amplitude du mouvement fonctionnel que la sonorité objective avec tant de fidélité et qui font du procédé de l'Exploration externe un procédé de choix pour l'étude des faits biologiques.

L'appareil circulatoire, cependant, se prête jusqu'à un certain point et dans nombre de cas, à la constatation de faits intéressants qui nous montrent la corrélation de son mode fonctionnel avec le mode fonctionnel de l'appareil digestif. En voici un exemple :

Un homme de quarante ans se plaint depuis plusieurs semaines de faiblesse générale et d'inappétence ; il a maigri d'une façon notable ; il existe de la dépression intellectuelle et morale. Tous ces malaises se sont progressivement accentués ; le malade attribue son état à la fatigue physique. Dans le décubitus dorsal, nous trou-

vons non pas le ventre saillant et globuleux que nous avions constaté dans nos examens antérieurs, mais un ventre affaissé, s'étalant sur les flancs, un épigastre plat. L'estomac faiblement distendu donne à la percussion un son de tonalité basse et de moyenne intensité ; le cœcum rend un son élevé. Du côté de l'appareil circulatoire, pouls à 80, bruits du cœur sourds et faibles, avec rythme de galop. La face est légèrement cyanosée. Il existe un léger état d'oppression.

Nous faisons lever le malade. Il respire plus librement ; sa face reprend sa coloration pâle habituelle. Le pouls s'élève à 120, la pointe du cœur devient plus nettement perceptible, les claquements sont brefs et énergiques, le 1er bruit a un timbre métallique, le rythme de galop a disparu. Le ventre se projette en bas et en avant, se dessinant avec une ampleur qui contraste étrangement avec l'affaissement du décubitus dorsal ; la résonance basse de l'estomac a disparu ; la région gastrique donne à la percussion un son obscur et élevé ; la région cœcale donne un son bas et de moyenne intensité.

Ce n'est pas ici le lieu d'analyser dans ses

détails cette observation, ni de montrer le déterminisme qui règle le sens et la forme des oscillations fonctionnelles que les divers procédés d'investigation nous ont permis de mettre en évidence. Constatons seulement que, parallèlement aux modifications de l'excitabilité musculaire produite par le passage de la station couchée à la station debout, des changements simultanés s'opèrent dans le rythme des actes digestifs, respiratoires et circulatoires. Ces faits sont assez suggestifs par eux-mêmes pour se passer de commentaires, et il faudrait considérer comme irrémédiablement fermé aux choses de la biologie tout esprit qui n'en saisirait pas de lui-même l'intérêt et la signification.

Si l'insuffisance de nos moyens d'investigation et la faiblesse de nos sens ne nous permettent pas d'appuyer sur des signes physiques nettement démonstratifs pour tous les organes cette notion de la synergie fonctionnelle dans la maladie, il est du moins un fait absolument certain, c'est que dans tous les états morbides, quels qu'ils soient et quelle que soit leur nature, cardiaques, cérébraux,

rénaux, pulmonaires, etc., nous trouvons toujours à l'examen du ventre des signes positifs et dont la forme répond à la forme réactionnelle générale de l'organisme. De plus, il n'est pas de circonstances où, grâce à l'analyse des phénomènes subjectifs, nous ne puissions recueillir un ensemble de données suffisant pour établir notre conviction.

Dans les états morbides les plus simples et qui semblent le plus nettement localisés, la variété et la dissémination des troubles subjectifs est la règle. Il en est ainsi même dans ces états subaigus rudimentaires, consécutifs à un refroidissement, à un insignifiant écart de régime, à un surmenage passager, états subaigus dont le malade a à peine conscience et dans lesquels le médecin hésite volontiers à reconnaître la *maladie*. Inaptitude intellectuelle, léger degré d'irritation psychique, diminution de l'appétit, soif inaccoutumée, selles moins régulières, sans parler de tout un ensemble de faits objectifs qui échappent à une observation superficielle, étirement des traits, empâtement de la langue, infiltration aqueuse, tuméfaction, teinte verdâtre des conjonctives oculaires, que de signes viennent traduire au médecin

attentif la rupture de l'équilibre vital, le défaut d'adaptation de l'organisme aux conditions ambiantes, la réaction *totale* de l'organisme sous l'influence d'un choc qui a souvent passé inaperçu !

Comment, d'autre part, n'être pas frappé de la façon aussi diverse qu'inattendue, avec laquelle l'organisme réagit sous l'influence d'un choc donné ?

A la suite d'une émotion, nous voyons apparaître indifféremment des palpitations ou de la diarrhée, l'ictère ou l'albuminurie.

Chez une femme, le surmenage s'est traduit, il y a vingt ans, par de la chlorose ; il y a dix ans, c'étaient des douleurs abdominales ; aujourd'hui, c'est la polyurie.

Peu importe, d'autre part, le point de l'organisme frappé, cerveau ou tube digestif. Dans un cas comme dans l'autre, la réponse réactionnelle peut revêtir aussi bien la forme cardiaque que la forme pulmonaire ou la forme rénale.

Qu'y a-t-il donc au fond de cette efflorescence symptomatique bigarrée ? Quelle loi règle et coordonne ces manifestations morbides si dispa-

rates ? Ne sommes-nous pas autorisés à conclure que le choc morbide, bien que localisé à un appareil, ébranle en réalité l'organisme tout entier, puisque nous le voyons, au hasard des prépondérances organiques, manifester ses effets indifféremment sur l'un ou l'autre des appareils de l'économie, que nous considérions plusieurs individus ou le même individu aux étapes successives de son évolution ?

A cette notion de la synergie fonctionnelle se rattachent un certain nombre de données qui en sont comme les corollaires obligés et qui méritent d'être méditées, car elles sont d'un réel intérêt, théorique et pratique.

1° Dans un état subaigu les troubles fonctionnels évoluent *parallèlement*. Les localisations diverses qui le constituent, alors même que leur succession dans le temps semble le plus évidente, ne sont donc pas sous la dépendance les unes des autres. On décrit dans les livres classiques les gastropathies liées aux maladies utérines, la dilatation fonctionnelle du cœur droit consécutive aux affections gastro-hépatiques, les congestions

et les œdèmes pulmonaires secondaires aux lésions rénales, etc. Or ce sont là les manifestations simultanées d'un état morbide constitué fondamentalement et primitivement par un affaissement de l'organisme, manifestations dont le siège et l'intensité sont déterminés par les différences de réactivité des divers appareils. Cette conception seule nous permet de comprendre l'infinie variété des formes cliniques. En ce qui concerne, par exemple, les troubles cardiaques consécutifs aux ictères aigus, sur lesquels s'est tant exercée l'ingéniosité des expérimentateurs, la connaissance des lois de l'évolution individuelle, et surtout de la loi de la synergie fonctionnelle, nous permet de trancher certaines difficultés d'interprétation que la théorie des réflexes est impuissante à éclaircir.

Pourquoi les troubles cardiaques ne se manifestent-ils que pendant la période aiguë de l'ictère ? Parce qu'ils ne sont en réalité qu'un phénomène réactionnel de l'état subaigu fondamental et qu'ils doivent disparaître dès que l'irritabilité anormale créée par l'état subaigu, irritabilité qui constitue le terrain nécessaire à la genèse des

phénomènes réactionnels, a fait place à une excitabilité plus conforme au mode vital habituel des éléments anatomiques.

Pourquoi la dilatation fonctionnelle du cœur n'est-elle pas la règle dans l'ictère ? A cela on peut répondre que l'élasticité du muscle cardiaque est toujours compromise dans les ictères aigus, comme du reste dans tous les états subaigus ; mais qu'elle n'est compromise au point de donner naissance à des signes physiques appréciables que dans les cas seulement où l'*appareil périphérique*, ayant épuisé la plus grande partie de son excitabilité, ne peut plus suffire au mouvement réactionnel engendré par le choc morbide. Nous nous trouvons alors en présence d'un organisme de vitalite amoindrie, d'un organisme qui a franchi les premières étapes de son évolution, et, par conséquent, d'une maladie dont le pronostic est déjà d'une certaine gravité.

Il serait facile de résoudre ainsi toutes les difficultés pathogéniques, à mesure qu'elles se présentent. Nous nous en tiendrons à ces quelques considérations générales.

2° La localisation morbide est le signe de la

maladie et non la maladie elle-même. Celle-ci est, à proprement parler, l'état fondamental d'affaissement de l'organisme, affaissement plus ou moins accentué suivant les aptitudes du sujet, suivant la phase évolutive, le moment de cette phase, etc. C'est cet état fondamental, et non le signe morbide, qui doit inspirer la diététique et l'hygiène générale. De plus, les phénomènes par lesquels l'organisme manifeste son activité réactionnelle sont toujours généralisés. La conception des entités morbides est une conception fausse. Rien n'a été plus funeste aux progrès de la médecine que la création des cadres nosologiques, que la classification des maladies en groupes distincts basés sur la classification des appareils eux-mêmes.

En ce qui concerne l'appareil digestif, on ne s'est pas contenté de distinguer les maladies de l'estomac des maladies de l'intestin et des maladies de foie ; on a créé des catégories spéciales pour les phénomènes réactionnels des divers segments ; on a érigé en véritables entités la colite, la sigmoïdite, l'appendicite. On a envisagé séparément dans les maladies de l'estomac, d'une part les trou-

bles de la motricité, d'autre part les troubles de la sécrétion, sans oublier, bien entendu, de placer dans un groupe bien isolé les troubles nerveux.

Or, cliniquement, on peut bien dissocier les Digestifs en *Stomacaux*, *Intestinaux* et *Hépatiques*, et mettre en évidence telle ou telle prépondérance organique. Mais on ne doit pas oublier qu'en réalité l'appareil digestif est toujours atteint dans son *ensemble*, ainsi qu'en témoigne l'exploration abdominale méthodique. De plus, les divers tissus qui entrent dans la composition des tuniques digestives réagissent toujours simultanément. Ce qui peut induire en erreur, c'est la prédominance souvent très accentuée de tel ou tel symptôme, de tel ou tel trouble fonctionnel. Or, nous savons que cette prédominance est liée à la dyssymétrie organique, dyssymétrie toujours plus ou moins franchement accentuée non seulement entre les divers appareils, mais encore entre les divers tissus qui constituent ces appareils.

C'est ainsi que nous aurons chez tel digestif prédominance des phénomènes moteurs (distension, ballonnement), chez tel autre prédominance des phénomènes sensitifs (aigreurs, brûlures),

chez celui-ci prédominance des phénomènes glandulaires (hypersécrétion, troubles du chimisme, hyper ou hypochlorhydrie), chez celui-là prédominance des phénomènes circulatoires (hémorragies), suivant que nous aurons à faire à un musculaire ou à un nerveux, à un glandulaire ou à un sanguin.

Ces distinctions ne sont ni subtiles ni arbitraires. Bien que l'individu réagisse d'un seul mouvement, pour ainsi dire, à la façon d'un vaste organisme unicellulaire, nous devons distinguer dans cet organisme des appareils dont les réactions, quoique simultanées et de même orientation, sont cependant d'une amplitude différente ; et ces appareils à leur tour, nous devons les dissocier en tissus fondamentaux qui présentent également entre eux des différences d'élasticité et de réactivité, lesquelles peuvent donner lieu, au milieu de la réaction générale, à des formes réactionnelles, pour ainsi dire spécifiques. C'est là ce qui fait la complexité de la Clinique, complexité heureusement plus apparente que réelle ; car tous les phénomènes biologiques s'enchaînent, se coordonnent et s'éclairent mutuellement, de telle sorte

qu'à vrai dire nous nous trouvons toujours en présence d'un fait aux faces multiples et aux aspects divers, mais toujours un et toujours simple.

3° Aucun des appareils de l'économie ne jouit vis-à-vis des autres appareils d'une suprématie quelconque ; aucun organe ne régit le fonctionnement d'un autre organe.

L'histoire de la médecine nous apprend qu'à différentes époques on a considéré l'estomac comme le *primum movens* de tous les troubles morbides. Les observateurs ne pouvaient manquer d'être frappés de la coïncidence fréquente des affections de l'estomac avec les affections d'autres organes et de la disparition de ces dernières concurremment avec l'amélioration spontanée des troubles digestifs ou sous l'influence d'un traitement visant uniquement, à ce que l'on croyait, le tube digestif. Cette façon de concevoir les choses n'a jamais obtenu un assentiment général ni durable, bien qu'aucun argument décisif n'ait été produit contre elle. Seules l'exploration méthodique de l'abdomen et la connaissance des lois de l'évolution individuelle nous permettent d'en faire définitivement justice.

De nos jours on accorde volontiers au système nerveux le gouvernement de l'organisme. Tout au moins on considère certains troubles fonctionnels, digestifs, circulatoires, respiratoires, musculaires, etc., comme exclusivement liés à un trouble du dynamisme nerveux. Il est même une entité, de création relativement récente, la Neurasthénie (laquelle a absorbé la plupart des anciennes névropathies), qui englobe dans son *individualité* les manifestations les plus diverses. Elle est caractérisée, disent les auteurs, par un *épuisement du système nerveux*, épuisement qui commande les troubles digestifs, cardiaques, respiratoires, utérins, etc., sans parler, bien entendu, des troubles nerveux.

Or, l'organisme, nous le savons, forme un ensemble indivisible au point de vue réactionnel. Tous les éléments qui entrent dans sa structure, malgré leur diversité morphologique, jouissent des mêmes propriétés fondamentales, irritabilité, contractilité, et ce n'est que leur arrangement en système, leur connexion avec les autres systèmes, qui leur confèrent une sorte d'individualité. L'élément nerveux lui-même, malgré sa

haute différenciation, ne possède pas de propriété réellement spécifique et qui ne se retrouve en germe dans l'organisation cellulaire primitive. Sous l'influence d'un choc morbide, que la localisation de ce choc soit nerveuse ou digestive, l'agrégat cellulaire organique est ébranlé dans son ensemble ; tous les éléments qui le constituent réagissent simultanément et pour leur propre compte. L'intervention du système nerveux est une condition favorisante si l'on veut, mais non nécessaire. Nous savons, du reste, que certains organismes inférieurs, bien que ne possédant aucune trace d'éléments nerveux, réagissent dans *toute* leur masse sous l'influence d'une excitation *localisée*. Les physiologistes ne nous apprennent-ils pas, en outre, que « dans la somme des énergies dépensées par l'organisme, celle des nerfs est tout à fait négligeable », et que, en particulier « l'énergie dépensée par le système musculaire ne lui est pas fournie par le système nerveux » (1)? Comment admettre enfin, que, dans cet infime agrégat de cellules qu'est l'organisme humain, les

(1) Morat, *Traité de Physiologie.*

effets d'une excitation puissent rester localisés au point où a porté cette excitation, lorsque nous savons que le moindre mouvement cosmique a sa répercussion jusqu'aux confins de l'univers et fait sentir son action sur tous les mondes de cet univers !

Chaque appareil, chaque tissu, chaque élément anatomique subit *directement* l'influence des variations ambiantes et réagit pour son *propre compte* et sous la forme qui lui est spéciale. Au système nerveux appartiennent les réactions d'ordre psycho-sensitif; au système musculaire les réactions d'ordre moteur; à l'élément gastro-intestinal les réactions digestives, etc.

Qu'est donc en réalité la Neurasthénie ? La neurasthénie est un état subaigu, c'est-à-dire un affaissement *total* de l'organisme. Cependant, il n'est pas douteux qu'elle ait des caractères particuliers qui lui ont valu sa place dans les cadres de la nosologie; mais, précisément, ces caractères particuliers, seule la connaissance de l'évolution nous permet de les comprendre. En effet, le neurasthénique est l'individu qui pendant dix, quinze, vingt ans a évolué en plein épanouisse-

ment de ses forces, suivant le mode que nous avons qualifié de *compensateur*, et, c'est avec la période de *déclin*, plus ou moins précoce, suivant les circonstances accidentelles, que se manifestent les troubles spécifiques de la maladie. L'origine peut en être indifféremment un choc psychique ou un choc musculaire ou un choc digestif. Les phénomènes réactionnels qui vont se greffer sur l'état fondamental d'affaissement consécutif obéiront, en ce qui concerne leurs localisations et la gravité de leurs localisations, à la loi des prédominances organiques. A la prédominance du système nerveux correspondent la multiplicité et l'exubérance des phénomènes nerveux ; et nous aurons une symptomatologie plus spécialement intellectuelle ou sensitive, suivant que la réactivité sera prédominante dans tel ou tel élément de la substance grise. Si la dyssymétrie organique est faiblement accusée, les manifestations symptomatiques revêtiront des formes multiples et variées, et d'une allure plus ou moins bruyante suivant le degré d'élasticité des appareils où évolueront les grands phénomènes réactionnels. Dans les cas où l'appareil digestif constitue l'ap-

pareil nettement prédominant, la symptomatologie sera nettement digestive et les phénomènes nerveux seront rélégués au second plan. Nous aurons alors ces états neurasthéniques, ces *neurasthénies secondaires* que l'on a voulu opposer à la vraie, à l'unique, à la *neurasthénie essentielle*, celle dont on a fait une « véritable individualité », comme si des éléments purement subjectifs, des états de conscience empruntés à un être pouvaient constituer une individualité en dehors de cet être.

Cette conception a le mérite d'englober, dans les liens d'une genèse commune et d'une interprétation simple, les états morbides divers entre lesquels on a voulu élever des barrières infranchissables, et de fondre dans les nuances des cas intermédiaires tous ces cas extrêmes qui, par la brutalité de leur allure et la rudesse de leurs contours, s'imposent tout d'abord à l'attention des premiers observateurs (1).

(1) Nous devons ici prévenir une objection. Nous avons refusé au système nerveux, aussi bien qu'à l'estomac, la prééminence sur les autres appareils de l'économie. Or, nous avons parlé nous-mêmes d'appareil prédominant. Le lecteur a compris qu'il s'agissait d'une prédominance dans l'élasticité, d'un ordre hiérarchique dans le *pouvoir* de

II. Le procédé de l'Exploration externe du tube digestif.

SOMMAIRE. — L'exploration externe du tube digestif complète l'ensemble des procédés cliniques. — Elle donne au clinicien un substratum *objectif* là où jusqu'à présent il n'avait pour se guider que la *subjectivité* du malade. — Elle révèle la nature des états subaigus. — Nous lui devons enfin la notion de l'évolution individuelle de l'homme. — Exposé succinct des signes physiques abdominaux.

Saisir les signes de la réactivité d'un organisme aux prises avec les diverses conditions du milieu ; chercher à comprendre les formes et l'orientation de cette réactivité dans leurs rap-

---

recueillir et d'absorber une somme plus ou moins forte d'excitations. Si l'appareil prédominant, tel que nous le comprenons, exerce une influence sur l'ensemble de l'organisme, ce n'est pas par une action directrice en quelque sorte sur les appareils de cet organisme, mais parce que prenant un contact plus large avec le milieu extérieur, et son élasticité appelant une communication incessante avec ce milieu, il subit d'une façon plus immédiate et plus profonde que les autres appareils les insuffisances de l'ambiance ; d'où son affaissement et l'affaissement parallèle de tous les appareils. L'équilibre vital, en effet, c'est-à-dire la régularité des actes vitaux, n'est possible que si

ports avec la variation cosmique ambiante, afin de pouvoir placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à son expansion naturelle, telle est d'une façon générale la tâche du médecin.

Longtemps, pour la solution de ce problème, on s'est borné presque exclusivement à l'examen subjectif du malade et contenté des quelques renseignements complémentaires que pouvaient fournir soit le facies, soit le pouls, soit l'état de la langue et des téguments. Nul doute que pendant cette période empirique qui embrasse des siècles, des observateurs habiles n'aient obtenu, avec les faibles ressources dont ils disposaient, des résultats extraordinaires.

---

la somme des excitations qui mettent les fonctions en activité est suffisante ; il en résulte que, dès que la qualité ou la quantité des excitations n'est plus adéquate à l'élasticité de l'organisme, l'équilibre est rompu. Or, l'appareil prédominant constitue le centre attractif principal des excitations périphériques ; on comprend que les moindres oscillations dans la quantité ou la qualité des excitations qu'il reçoit aient une répercussion immédiate sur l'équilibre de l'organisme. Il n'en saurait être de même pour un appareil de valeur biologique secondaire, car l'insuffisance d'excitations est ici compensée par une recrudescence de l'activité vitale de l'appareil prédominant.

C'est du commencement du siècle dernier que datent l'examen méthodique du malade et la recherche systématique et régulière des signes physiques. Il devint de plus en plus évident que les renseignements subjectifs, souvent trompeurs, toujours insuffisants, devaient être confirmés et contrôlés par la connaissance de l'état anatomique des appareils organiques, lequel traduit d'une façon complète et rigoureuse le mode réactionnel de l'économie en conflit avec les agents extérieurs.

Successivement, on a vu naître et se perfectionner les procédés d'investigation propres au poumon, au cœur, au système nerveux, à l'appareil rénal. Nous ne citons que pour mémoire les procédés spéciaux préconisés récemment par les laboratoires, procédés inaccessibles au praticien et qui n'auront une utilité réelle que le jour seulement où les manifestations de la vie chez l'homme, étudiées dans leurs relations avec les divers milieux, seront mieux connues, et où la notion de l'évolution individuelle sera comprise.

L'examen clinique de l'appareil digestif n'a pas eu jusqu'ici le privilège de solliciter les efforts des observateurs. Dans ces dernières années, on s'est bien livré à de minutieuses recherches sur le chimisme de l'estomac; mais ces recherches qui dénotent du reste un état d'esprit singulièrement particulariste, n'ont donné aucun des résultats qu'on en attendait, et la faillite du procédé est à peu près définitive. Qu'importe, en effet, la connaissance du degré d'acidité du suc gastrique si l'on ignore l'état de la vitalité du tube digestif, si les conditions qui relient la fonction digestive avec les autres fonctions de l'économie restent dans l'ombre? Le fait de l'hypersécrétion gastrique ne signifie rien par lui-même; il est impossible de tabler sur cette donnée pour instituer un traitement, si on ne la subordonne à tout un ensemble de conditions connexes et en particulier au stade évolutif *actuel* de l'individu.

Le procédé de l'*Exploration externe du tube digestif* par l'inspection, la palpation et la percussion vient donc à son heure; il constitue *apriori*, pour l'étude de la biologie humaine, un apport précieux et dont il serait à peine besoin de faire

ressortir tous les avantages. N'a-t-on pas dit avec raison que tout perfectionnement dans l'instrumentation, les procédés ou les méthodes entraînait toujours avec soi un progrès dans les sciences ?

Faut-il revenir encore sur les conditions exceptionnelles que présente au point de vue de l'observation l'appareil digestif, que sa situation et sa constitution spéciale mettent d'une façon si pratique et si intégrale à la portée de tous nos sens ? Variabilité, mobilité, amplitude des oscillations fonctionnelles, que de ressources pour le clinicien dans ces cas si nombreux où la phénoménologie des autres appareils de l'économie est silencieuse, ressources d'autant plus précieuses que, grâce à la synergie des fonctions, toutes les formes réactionnelles de l'économie *s'inscrivent* dans le tube digestif.

Que d'états morbides, en effet, où le médecin ne trouve aucun signe objectif qui puisse le guider dans son interprétation. Tantôt c'est un nerveux, tantôt un dyspnéique, d'autres fois un de ces malades dont la caractéristique est un état de faiblesse générale et d'amoindrissement vital : rien d'apparent ne se révèle à l'observation, ni du côté

du cœur, ni du côté de l'appareil rénal, ni du côté du système nerveux, etc. Or, l'exploration abdominale fournit un substratum objectif à cette foule d'états morbides, et la connaissance des formes réactionnelles digestives nous donne la connaissance des formes réactionnelles de tous les appareils de l'économie.

Un malade traîne depuis des mois ou des années son existence lamentable à travers tous les cabinets de consultation. Les médications les plus diverses et les plus invraisemblables ont été successivement employées. La symptomatologie a attiré tour à tour l'attention sur le cœur, sur le système nerveux, sur l'appareil digestif. Aucune lésion anatomique n'a pu être décelée. L'analyse des urines n'a rien donné ; l'auscultation la plus minutieuse n'a fourni aucun renseignement. On a dû renoncer aux diagnostics de tuberculose abdominale, de cancer, etc. Le malade a été finalement relégué dans la catégorie des névropathes. C'est dire qu'il inspire tout juste la pitié que mérite un homme qui pourrait, s'il le voulait, jouir d'une excellente santé et qui s'obstine à être malade.

Or, que voyons-nous ? Un homme amaigri, sans force, sans appétit, découragé ; un homme aux conjonctives rouillées et plaquées d'ilots graisseux jaunâtres, à l'haleine fétide, à la langue sèche et épaisse. Depuis si longtemps qu'il souffre et qu'il se plaint, il n'a plus le courage de raconter son histoire, répétée tant de fois et avec tant d'inutilité. A l'examen du cœur, du système nerveux, de l'appareil rénal, etc., rien qui puisse justifier son état et servir de base à quelques conseils d'hygiène sérieux et précis. Examinons le ventre. Un fait nous frappe tout d'abord, impressionnant, saisissant : le ventre est effondré, creusé en cuvette, avec saillie des rebords costaux qui forment deux ailerons à la base du thorax. A la palpation superficielle, sensation étrange, que la plume est impuissante à décrire, sensation de mollesse comparable à celle que donnerait le palper d'un fin duvet. Le tissu digestif semble réduit à un état d'amincissement extrême, voire même d'usure. Le côlon se présente sous l'aspect de petites cavités ou de petits fragments de cylindre, ténus et fragiles, de petites vésicules gargouillantes que la pression du doigt semble prête à

faire éclater. Tout le tractus colique est réduit aux dimensions d'un cordon mollasse, de l'épaisseur du doigt, déjeté en bas et en dedans, se déplaçant dans tous les sens avec la plus extrême facilité. Quel contraste entre cette région abdominale effondrée et le reste du corps, dont les reliefs encore imposants traduisent la vigoureuse constitution du malade !

Tels sont les signes physiques grossiers, suggestifs, que l'exploration abdominale nous révèle, à un examen rapide et superficiel. Nous ne surprendrons pas le lecteur, en affirmant que dans cet effondrement de tout un système organique, nous allons pouvoir, à coup sûr, puiser non seulement la connaissance de la valeur biologique de notre malade, mais encore trouver les indications d'une hygiène efficace.

Si le procédé de l'Exploration externe du tube digestif nous a permis de donner un substratum anatomique à une foule d'états morbides qui n'en possèdent pas d'autre, tout au moins d'autre apparent, ce n'est pas là le seul progrès que la Clinique a pu, grâce à lui, réaliser. Nous ne devons pas oublier qu'il a été le point de départ de

notre connaissance des états subaigus, et que nous lui sommes redevables de la notion de l'évolution, dont la morphologie abdominale nous a donné la première idée.

Nous avons, bien souvent déjà, établi la nomenclature des signes physiques abdominaux, nomenclature dont la richesse est, à elle seule, pleine d'enseignements et bien propre à faire surgir dans l'esprit tout un monde d'idées, lors même que la signification de ces signes ne serait pas encore rigoureusement établie.

C'est d'abord la forme du ventre : ventres globuleux s'arrondissant en tonneau dans la station debout et disparaissant dans le décubitus dorsal, ventres plats, ventres creux, ventres en besace, ventres dont la forme varie de la façon la plus imprévue, suivant les attitudes, irréguliers, bosselés, herniés, etc. Ce sont ensuite les aspects morphologiques divers de l'estomac et du côlon : estomacs distendus, affaissés, ballottants, avec clapotage et flot ; cœcums gonflés en une grosse ampoule gargouillante, cœcums en boudin crépitants, cœcums rétrécis en spasme dur, cœcums tendus sur leurs mésos, cœcums affaissés, vides

ou gargouillants, et dont les parois glissent l'une sur l'autre ; côlons descendants en cordon mou ou dur, ligneux, en tuyau de pipe, filiformes, tendus ou flottants comme une corde inerte. Ce sont encore toutes les sensations si diversement combinées que donne à la palpation superficielle le tissu digestif : sensation de tension, de rénitence, de mollesse, d'élasticité, d'empâtement. Ce sont enfin toutes les modalités sonores, qui font éclater en gammes infiniment variées et changeantes toutes les modalités réactionnelles de la membrane digestive, et nous donnent par conséquent la représentation objective réelle des qualités de vibratilité de cette membrane, c'est-à-dire de la vie qui anime l'appareil digestif : sons éclatants, à timbre musical de tonalités variées à l'infini, sons durs et métalliques, sons élevés, sons aigus, sons graves, résonances aux nuances multiples, sons fixes ou mobiles, damiers de composition diverse, mosaïques sonores, etc.

Ne sont-ce pas là autant de signes, variés et innombrables, de la vie de l'appareil digestif et de modes fonctionnels les plus disparates et les plus opposés ? Et si les lois qui président à ces mani-

festations réactionnelles nous étaient connues, n'aurions-nous pas une source inépuisable et féconde de faits positifs, bien propres à donner à la Biologie une impulsion nouvelle ?

Et cependant, tous ces phénomènes abdominaux sont ignorés encore ; même les plus simples et les plus élémentaires. Un physiologiste éminent, membre de l'Institut, auquel l'un de nous signalait l'intérêt que présente l'étude de la sonorité abdominale, répondit qu'il ne voyait là rien qui méritât de fixer l'attention. Pour lui la question était des plus simples : l'estomac sonne quand il est vide ; quand il est plein il ne sonne plus. A quoi il lui fut répondu que c'était précisément le contraire : c'est à la suite du repas que la sonorité est le plus éclatante, et la diète s'accompagne inévitablement de la disparition du son.

CHAPITRE V

Aperçu général sur l'Hygiène et la Thérapeutique.

I. Hygiène.

SOMMAIRE. — L'hygiène règle les rapports de l'homme avec les milieux. — L'étude des milieux ne peut être isolée de l'étude de l'organisme. — Nécessité de subordonner les indications visant les milieux aux aptitudes individuelles. — La prophylaxie scientifique a pour fondement la connaissance de l'évolution individuelle.

Les développements qui précèdent laissent deviner l'orientation nouvelle de l'hygiène et de la thérapeutique.

L'hygiène, jusqu'à ce jour, n'a été qu'un ensemble de mesures empiriques ayant la prétention de réglementer les rapports de l'homme avec les milieux où il doit vivre. Or, ces milieux ne peuvent être connus scientifiquement, si on isole leur étude de celle de l'organisme.

Ce qui se passe au point de vue de l'hygiène alimentaire en particulier est, à cet égard, très significatif. On a classé les aliments, on a cherché à établir leur digestibilité, leur valeur calorifique, énergétique, nutritive, sans paraître se douter que le problème comporte une autre inconnue qu'il est nécessaire de dégager préalablement, ou tout au moins parallèlement, les *qualités de réactivité propres à chaque individu.*

Ce sont, en effet, les réactions de l'organisme qui définissent les milieux. Tel milieu, excellent pour tel type organique, est désastreux pour tel autre type. Tel milieu, favorable à une phase donnée de l'évolution, devient funeste à la phase ultérieure, etc. Il est donc antiscientifique d'étudier les milieux et de légiférer sur leurs influences si on les abstrait de l'organisme vivant; envisagés isolément, ils ne fournissent qu'un sujet de discussions stériles. Or, c'est là ce qu'on a fait jusqu'à présent et ce qu'on fait encore aujourd'hui, puisque la différenciation des types organiques et l'évolution individuelle de l'homme sont méconnues.

L'organisme, nous le savons, n'est que le reflet

du milieu dans lequel il évolue. Aux quatre formes du milieu cosmique, milieu social, milieu physique, milieu atmosphérique, milieu alimentaire, correspondent quatre modes réactionnels différents : mode cérébro-nerveux, mode musculaire, mode respiratoire, mode digestif. Le milieu hygiénique idéal est celui qui favorise dans toute leur expansibilité chacun de ces modes réactionnels.

Mais nous savons que l'organisme est dyssymétrique et que cette dyssymétrie est le pendant de la dyssymétrie de la nature. Quels contrastes s'offrent partout à notre observation ! Ici, l'air vif, renouvelé, le climat rude, aux transitions brusques ; là, l'air mou, stagnant, la température subuniforme. D'un côté, l'agglomération des hommes, une succession de spectacles incessamment variés, le mouvement des affaires, l'agitation des foules ; d'un autre côté, le silence, le calme, la solitude. La nature semble reproduire les types organiques humains que nous avons définis. Disons mieux, elle nous explique le désordre apparent et l'infinie variété des formes humaines ; elle nous en donne la signification véritable.

Aux prédominances organiques correspondent donc des prédominances naturelles ; aux infériorités organiques, des infériorités naturelles. Notion de premier ordre pour l'hygiéniste qui doit, après avoir défini chaque type organique par ses prédominances fonctionnelles, lui assurer le milieu qui lui convient, c'est-à-dire *un milieu ayant une prédominance de même sens, une infériorité de même nature*. Pratiquement, la tâche est parfois difficile. Toutefois, l'élasticité vitale la simplifie en nous permettant des approximations suffisantes pour sauvegarder l'intégrité fonctionnelle et évolutive de l'organisme : une double précaution, visant les extrêmes (prédominances et infériorités) sera seulement indispensable pour assurer à l'individu l'épanouissement de ses qualités natives.

Ainsi, grâce à la notion des prépondérances organiques, l'influence des milieux s'offre à nous mieux connue et mieux comprise, et la nécessité de subordonner les indications visant les milieux aux aptitudes individuelles s'impose comme absolue. A tel individu, les exercices physiques et le travail manuel ; à tel autre, les méditations de l'étude ou la direction des grandes entreprises

commerciales ou industrielles. L'équilibre fonctionnel sera sauvegardé chez ceux-ci par la vie au grand air, chez ceux-là par une alimentation abondante et variée, etc.

De plus, chaque milieu, considéré en lui-même, présente des formes particulières en rapport avec des aptitudes réactionnelles spéciales du type organique correspondant : nouvelle source d'indications positives pour l'hygiéniste. Si, par exemple, nous avons à instituer un régime, nous ne nous baserons point sur les vagues données d'une ration alimentaire théorique, fixée d'après la profession, l'âge ou le sexe du sujet. Ces données, qui peuvent faire bonne figure dans un traité de physiologie, ne sont dans la pratique que des impedimenta dangereux. Le milieu alimentaire se présente sous des aspects multiples et variés. A chaque individu convient un milieu alimentaire spécial ; à chaque étape de l'évolution individuelle, la forme du milieu alimentaire doit se modifier ; et c'est de l'étude particulière de chaque individu que découlent les indications alimentaires qui sont propres à cet individu.

Le problème de la ration alimentaire ne peut

donc trouver sa solution dans les laboratoires, et les discussions à ce sujet s'éterniseront, tant qu'elles auront pour unique terrain la chimie. Tel régime, milieu alimentaire idéal pour un sujet donné, sera pour un autre sujet l'équivalent de la diète et constituera pour un troisième un véritable surmenage alimentaire. Comment se reconnaître au milieu de ces contradictions, si l'on n'a pour guide et pour point d'appui la connaissance de l'évolution individuelle ?

Nous entendons parler tous les jours de *suralimentation*, conception théorique dont l'absurdité n'a pas enrayé la fortune, et qui jouit d'une égale faveur chez les médecins et dans le public. Eh quoi ! ne suffirait-il donc pas de s'alimenter, purement et simplement ? Et lorsque nous avons trouvé la formule alimentaire qui convient à telles aptitudes digestives, sommes-nous autorisés à parler de suralimentation ? Suralimenter, au sens propre du mot, c'est imposer à l'appareil digestif un travail fonctionnel au-dessus de ses forces. Et si le surmenage physique ou cérébral a des effets pernicieux, quel bénéfice espère-t-on retirer du surmenage alimentaire ?

Tous ces essais de diététique aveugle, dont les publications médicales nous fournissent tant d'exemples, révèlent une ignorance absolue des lois les plus élémentaires du fonctionnement de l'organisme. Ce qu'il importe de connaître avant tout, c'est le *mode réactionnel de l'individu.* De cette notion primordiale se dégagent spontanément, non seulement la connaissance du milieu le plus favorable à chaque individu, mais encore la connaissance de la forme particulière de ce milieu, correspondant à la forme spéciale de la prépondérance organique. A tel digestif conviennent les repas massifs et espacés ; à tel autre digestif, l'alimentation fragmentée et fréquemment répétée ; à tel musculaire, l'escrime, l'équitation, les sports violents ; à tel autre musculaire, la marche méthodiquement pratiquée ou des exercices physiques sagement mesurés, etc.

La connaissance de l'évolution de l'organisme nous permet en outre de faire œuvre de *prophylaxie* scientifique.

Dans la médecine classique, la prophylaxie est le plus souvent incomplète. Elle est incomplète

d'abord en ce sens qu'elle ne vise qu'un petit nombre de maladies, spécialement le groupe des maladies infectieuses, et que, même dans ce cas, les mesures prophylactiques sont surtout d'ordre extrinsèque, s'adressant aux milieux et non à l'organisme. Elle est incomplète en outre, parce que dans les circonstances exceptionnelles où elle s'adresse aux états morbides organiques, elle vient le plus souvent *après* la maladie. Quelle peut être d'ailleurs la valeur de conseils prophylactiques qui ont leur source, non dans la connaissance de l'état biologique de l'individu auquel ils s'adressent, mais dans une idée théorique, toujours en instance de révision ? Niera-t-on enfin que la prophylaxie classique vise les maladies, rarement, nous pourrions dire jamais, les malades ?

Grâce à la connaissance de l'Evolution individuelle, nous pouvons au contraire atteindre la maladie sous *toutes* ses formes et à *toutes* ses origines, non pas d'une façon directe, ce qui est impossible, et ce qu'il serait absurde de chercher, mais *en assurant l'évolution de l'organisme* suivant son type physiologique et ses qualités natives. Ce qui équivaut à donner à l'organisme, à

toutes les phases de la vie, son maximum d'élasticité fonctionnelle, c'est-à-dire de résistance vitale.

Et l'expérience nous montre que c'est là l'œuvre essentielle du biologiste. Car tous les traumas ordinaires de la vie sont bien peu de chose en face d'une économie bien équilibrée, d'un *ensemble* fonctionnel capable d'oscillations variées et nombreuses.

II. Thérapeutique.

Sommaire. — L'empirisme thérapeutique. — Trois sources principales d'informations positives pour le traitement du malade : prédominances organiques, processus de l'état subaigu, synergie fonctionnelle.

En face du malade, notre tâche ne perd rien de sa précision ni de sa fécondité.

L'esprit ne se contente plus de quelques jalons grossiers qui permettent d'étiqueter l'état morbide et de l'introduire dans les cadres d'une classification arbitraire. Il remonte à la source des faits et reconstitue la chaîne des incidents qui ont abouti au déséquilibre actuel. Ce déséquilibre s'éclaire alors instantanément et dans ses conditions antérieures et dans sa nature intrinsèque : c'est tout le *déterminisme* qui apparaît à l'esprit du clinicien.

Dans la médecine classique, l'étiquette trouvée, ou considérée comme telle, correspond à un médicament qui porte avec lui la *guérison*. Mais les faits restent toujours enveloppés d'obscurité. Et, ce qui est plus grave, le malade fait tous les frais de cet empirisme innommable.

Est-il besoin de faire ressortir le côté à la fois lamentable et ridicule de cette thérapeutique, qui purge les constipés, constipe les relâchés, acidifie les humeurs alcalines, alcalinise les humeurs acides, fait maigrir les gras et engraisser les maigres, etc. ? Et qui ne connait les surprises ahurissantes de l'alcalin qui donne des acidités, du laxatif qui constipe, du calmant qui énerve, du tonique qui coupe les forces ? Convenons, avec l'auteur du *Malade imaginaire*, que toute cette pharmacopée « n'est permise qu'aux gens vigoureux et robustes, et qui ont des forces de reste pour porter les remèdes avec la maladie », et non à celui qui « n'a justement de la force que pour porter son mal ».

Modifier le tonus vital sous ses quatre formes, suivant les indications fournies par la connaissance du déterminisme morbide évoluant sous nos yeux, voilà la tâche digne d'un clinicien. Et une pratique déjà longue nous permet d'affirmer les résultats positifs, souvent mathématiques, obtenus par une hygiène thérapeutique inspirée :

1° Par la notion des *prédominances réaction-*

nelles. Tel malade est un digestif. Suivons attentivement les réactions digestives et varions l'alimentation suivant la forme de ces réactions. Le déséquilibre spasmodique va être tari dans sa source première.

2° Par la notion des *états subaigus*. Mesurons la profondeur de la chute, nous aurons la mesure de la spontanéité de relèvement. Graduons nos interventions en les mettant à l'unisson de cette spontanéité. Un individu, doué d'un pouvoir réactionnel énergique, ne tombera par cela même que très accidentellement. Il doit être l'objet d'une thérapeutique sommaire, comprenant deux ou trois étapes. Un évolutif, au contraire, sera suivi constamment par une thérapeutique progressive, utilisant précieusement chaque parcelle de force vitale conquise sur l'inhibition pour assurer la marche en avant, et ainsi de suite jusqu'au relèvement définitif.

3° Par la notion de la *synergie fonctionnelle*, qui nous permet d'utiliser, pour le plus grand profit du malade, toutes les formes de l'énergie naturelle, de quelque milieu qu'elles viennent, à quelque système organique qu'elles s'adressent.

Un malade est un être hyperesthésique ; la moindre excitation anormale, quelle que soit sa nature, entraîne une aggravation. De même, la moindre influence favorable, fût-elle aux antipodes de la prédominance organique, est un élément de force, un stimulant de la spontanéité. Tout cela dérive de la synergie fonctionnelle, et tout cela permet au praticien de trouver *chaque jour*, pour ainsi dire, un déterminisme nouveau qui commande une thérapeutique nouvelle : on peut être à court de formules, jamais de conseils hygiéniques.

Et alors que la drogue, entendons la plus heureuse, *celle qui guérit*, n'agit qu'en brisant la résistance vitale, pour la transformer en indifférence physiologique, c'est-à-dire en épuisant les forces de résistance et de spontanéité, l'hygiène thérapeutique (aliments, chaleur, repos, air, etc.) vise l'asthénie qui est au fond de tout état morbide, utilise la spontanéité de l'organisme sous ses formes les plus actives (prédominances) et tarit les manifestations du déséquilibre fonctionnel en restituant progressivement à l'organisme les milieux qui lui conviennent.

Là où les métaphysiciens imaginent une Entité, nous voyons simplement un fait *physique*. La maladie, pour nous, est un *dérèglement* du mouvement moléculaire de l'organisme, étroitement dépendant de l'allure évolutive de cet organisme. Le milieu cosmique restant ce qu'il est, c'est l'accentuation plus ou moins rapide du déséquilibre fonctionnel. Apprenons à modifier le milieu cosmique suivant les formes de ce *dérèglement* et nous verrons le mouvement moléculaire reprendre son allure régulière conformément au type légué par l'hérédité.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

L'observation en Clinique. — Considérations générales sur l'Evolution individuelle de l'homme.

CHAPITRE II

La loi des milieux. — Définition de la maladie. — Formes de la maladie.

CHAPITRE III

La loi des Prédominances organiques et les localisations morbides. — Les transformations morbides.

CHAPITRE IV

La loi de la synergie fonctionnelle. — Le procédé de l'exploration externe du tube digestif.

CHAPITRE V

Aperçu général sur l'hygiène et la thérapeutique.



Lyon. — Imprimerie Emmanuel Vitte, rue de la Quarantaine, 18.





Sigaud, Claude
Les origines de la maladie.

NAME	DATE DUE

